

**Annette Katharina Wiedersich**

---

# **DIE KÖRPERDYSMORPHE STÖRUNG**

Das Bild der körperdysmorphen Störung  
in verschiedenen klinischen Settings

## **INAUGURALDISSERTATION**

zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Medizin  
des Fachbereichs Medizin der  
Justus-Liebig-Universität Gießen



*edition scientifique*  
**VVB LAUFERSWEILER VERLAG**

**Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.**

Jede Verwertung ist ohne schriftliche Zustimmung des Autors oder des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch elektronische Systeme.

1. Auflage 2010

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the Author or the Publishers.

1<sup>st</sup> Edition 2010

© 2010 by VVB LAUFERSWEILER VERLAG, Giessen  
Printed in Germany



*édition scientifique*  
**VVB LAUFERSWEILER VERLAG**

STAUFENBERGRING 15, D-35396 GIESSEN  
Tel: 0641-5599888 Fax: 0641-5599890  
email: [redaktion@doktorverlag.de](mailto:redaktion@doktorverlag.de)

[www.doktorverlag.de](http://www.doktorverlag.de)

# **Die körperdysmorphe Störung**

Das Bild der körperdysmorphen Störung

in verschiedenen klinischen Settings

## **INAUGURALDISSERTATION**

zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Medizin  
des Fachbereichs Medizin der  
Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

**Annette Katharina Wiedersich**

aus Kassel

Giessen 2010

Aus dem Zentrum für psychosomatische Medizin  
der Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH, Standort Giessen

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Leiter: Prof. Dr. med. Johannes Kruse

Gutachter: Prof. Dr. med. Uwe Gieler

Gutachter: PD Dr. med. Michael Franz

Tag der Disputation: 26.10.2010

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	S. 5
2.	Die körperdysmorphe Störung (KDS)	S. 6
2.1	Charakterisierung des Krankheitsbildes	S. 6
2.2	Begriffserläuterung	S. 6
2.3	Epidemiologie	S. 7
2.4	Pathogenese	S. 8
2.5	Klinik	S. 9
2.6	Differentialdiagnosen	S.11
2.7	Komorbide Erscheinungen und Erkrankungen	S.11
2.8	Therapie	S.15
2.9	Prognose	S.16
3.	Ableitung der Fragestellung	S.17
4.	Methodik	S.19
4.1	Patientengruppen	S.19
4.2	Beschreibung der eingesetzten Testverfahren	S.21
4.2.1	Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)	S.22
4.2.2	Hospital- Anxiety and Depression Scale (HAD-S)	S.23
4.2.3	Social Adaption Self- Evaluation Scale (SASS)	S.24
4.2.4	Veränderungsstadien Scala (VSS)	S.24
4.2.5	Skin- Satisfaction- Questionnaire ( SSQ, dt Version Hautzuf )	S.26
4.3	Statistische Auswertung	S.26
5.	Ergebnisse	S.27
5.1	Häufigkeit der KDS in den verschiedenen Settings, Geschlechterverteilung, Partnerschaft, Bildung, Sichtbarkeit des Defekts und Erwerbstätigkeit bei Patienten mit KDS	S.27
5.2	Gruppenübergreifende Unterschiede der Patienten ohne KDS, mit subklinischer und klinischer KDS	S.29
5.3	Unterschiede in den vier verschiedenen Behandlungssettings zwischen Patienten mit und ohne KDS	S.32
5.4	Patienten mit oder ohne KDS im Vergleich in den klinischen Settings bezogen auf die KDS assoziierten Krankheitsbilder bzw. Erscheinungen	S.38

5.5	Unterschiede in den verschiedenen Settings und klinischen Gruppen der KDS in Bezug auf die Angst, Depression und Einschränkung der sozialen Aktivität	S.41
5.6	Zusammenhänge zwischen den Patienten der verschiedenen Settings mit und ohne KDS bezüglich der Angst, Depression und der Einschränkung der sozialen Aktivität	S.43
5.7	Vergleich der Patienten mit und ohne KDS und Einschränkung der sozialen Aktivität in Bezug auf die verschiedenen KDS- assoziierten Krankheitsbilder bzw. Erscheinungen	S.46
6.	Diskussion	S.50
6.1	Häufigkeit der KDS in den verschiedenen Settings, Geschlechterverteilung, Partnerschaft, Bildung, Sichtbarkeit des Defekts und Erwerbstätigkeit bei Patienten mit KDS	S.51
6.2	Mittelwerte der Variablen in den verschiedenen klinischen Gruppen	S.53
6.3	Unterschiede in den vier verschiedenen Behandlungssettings zwischen Patienten mit und ohne KDS	S.55
6.4	Angst, Depression und Einschränkung der sozialen Aktivität in den verschiedenen Settings und bei Patienten ohne und mit KDS	S.60
7.	Zusammenfassung	S.63
	Summary	S.65
8.	Literaturverzeichnis	S.67
9.	Anhang	S.71
9.1	Anschreiben	S.71
9.2	Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)	S.72
9.3	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	S.74
9.4	Social Self-adaption Scale (SASS)	S.76
9.5	Veränderungsstadienskala (VSS)	S.78
9.6	Hautzufriedenheit (HautZuf)	S.81
9.7	Sozialdaten	S.86
10.	Danksagung	S.87
11.	Eidesstattliche Erklärung	S.88

## 1. Einleitung

Schon lange beschäftigen sich Dichter, Philosophen und Künstler mit dem Thema Schönheit und Attraktivität auf vielfältige Weise. Als wesentlicher Bestandteil der menschlichen Kommunikation und Interaktion tritt der menschliche Körper und besonders die Haut, als ein für die Öffentlichkeit immer sichtbarer Teil des Menschen, in den letzten Jahren zunehmend in den Vordergrund. Vor allem in der Werbung wird sie beinahe als Synonym gebraucht, wenn von Attraktivität, Wohlbefinden und privatem sowie beruflichem Erfolg die Rede ist. Entsprechend sind auch die Zahlen einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2006 nach der sich nur 46 % der 14- 17 jährigen Mädchen und 62 % der Jungen im eigenen Körper wohlfühlen und Mädchen sich insgesamt kritischer betrachten. (Heßling, Bode 2006). Laut einer Studie von Psychologen an der Universität Regensburg über Ursachen und Folgen von Attraktivität existieren Untersuchungen darüber, dass sogar schon Säuglinge im Alter von etwa 3 Monaten attraktiven Gesichtern mehr Aufmerksamkeit schenken als Gesichtern, die als wenig attraktiv gelten. Im umgekehrten Fall wurde beobachtet, dass Menschen mit attraktiven Gesichtern mehr Aufmerksamkeit und Hilfsbereitschaft entgegengebracht wird. Laut dieser Studie wird Attraktivität auch unbewusst mit dem Attribut „Leistungsfähigkeit“ positiv korreliert, das führe zu einer self - fulfilling prophecy und der entsprechenden Reaktionskette: Attraktive Menschen als scheinbar leistungsfähigere Individuen werden als solche behandelt, belohnt und bevorzugt. Diese wiederum übernehmen diese Attribution und gewinnen an Motivation, Sicherheit und Selbstvertrauen. Daher haben Erkrankungen, die das äußere Erscheinungsbild betreffen sowohl psychisch als auch sozial eine große Bedeutung. Auch Partnerschaft und Alter haben einen wesentlichen Einfluss auf das eigene Körperempfinden (Braun et al., 2001). In einer Zeit, in der gutes Aussehen scheinbar immer wichtiger wird und Menschen im allgemeinen bessere Chancen haben, wenn vor allem das Gesicht und die Haut makellos und rein ist, rückt entsprechend die körperdysmorphe Störung als eine zeitspezifische Erkrankung immer mehr in das wissenschaftliche Interesse der Psychologie und Medizin, hier insbesondere in der Psychosomatik und der Dermatologie. Dieses Krankheitsbild lässt sich schwer klassifizieren, was unter anderem daran liegt, dass viele andere, bereits eindeutig zugeordnete Störungsbilder eine begleitende Rolle spielen bzw. als Komorbiditäten auftreten. Das macht ihre Erkennung nicht einfach, obwohl man in den letzten Jahren eine Zunahme dieser Diagnosestellung beobachten kann. Die körperdysmorphe Störung (KDS) ist vor allem im Hinblick auf ihre

Therapie problematisch, wenn sie nicht eindeutig festgestellt wird. Vor allem in den dermatologischen Praxen wird sie oft verkannt und rein somatisch behandelt.

Dies führt oft dazu, dass die Patienten immer neue Areale ihres Erscheinung- bzw. Hautbildes als „Problemzonen“ deklarieren und somit ein Teufelskreis aus Frustration und Ablehnung des eigenen Körpers resultiert.

Diese Arbeit soll die KDS im Zusammenhang mit ihren zahlreichen und für die erfolgreiche Therapie wichtigen Komorbiditäten und Begleiterscheinungen darstellen. Dabei sollen besonders die Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der KDS und Schwere der Komorbiditäten in den verschiedenen Teilnehmergruppen berücksichtigt werden. Für Ärzte und Therapeuten soll im Bereich der somatoformen Störungen die Sensibilität für das schwere Krankheitsbild der KDS geschärft werden.

## 2. Die körperdysmorphe Störung (KDS)

### 2.1. Charakterisierung des Krankheitsbildes

Die körperdysmorphe Störung gilt als Unterform der somatoformen Störungen (Möller et al., 2005) mit zum Teil wahnhaftem Erleben und ist durch eine übermäßige Bewertung und Beschäftigung mit dem äußeren Erscheinungsbild, auch und insbesondere der Gesichtshaut, (Effloreszenzen) gekennzeichnet (Gieler et al., 2005). Dabei befürchten die Betroffenen, durch minimale oder nicht vorhandene, jedoch subjektiv wahrgenommene Makel, entstellt zu sein. Die Beschäftigung damit nimmt einen großen Teil der Tageszeit ein und bedeutet für die Patienten eine massive Einschränkung ihrer beruflichen und privaten Funktionen. Es sollte aber zur korrekten Diagnosestellung gleichzeitig keine Erkrankung vorliegen, die mit einer Körperbildveränderung einhergeht wie zum Beispiel die Anorexie (HDSM-IV). Im ICD- 10 wird die KDS zu den somatoformen Störungen, genauer zur Kategorie der hypochondrischen Störungen gezählt und daher von den wahnhaften Störungen, die ebenfalls eine körperdysmorphe Variante haben, abgegrenzt.

### 2.2 Begriffserläuterung

Im Jahr 1886 wurde die körperdysmorphe Störung zum ersten Mal durch Morselli in der psychiatrischen Literatur beschrieben. (Oosthuizen et al. 1997).

Einhundert Jahre später, 1987, nahm man den Befund in den DSM- 3- R 1987 auf.

Zu ergänzen ist, dass auch andere Synonyme für diese Störung bekannt sind. Dysmorphophobie, dysmorphophobe Störung, dermatologische Hypochondrie, Schönheitshypochondrie, Hässlichkeitskummer, dermatological Non- Disease, monosymptomatische Hypochondrie, primäre monosymptomatische hypochondrische Psychose, Thersites- Komplex, Obsessions de la honte du corps, pseudoneurotische Schizophrenie, Dorian- Gray- Syndrom (Brosig/ Gieler 2000), sowie Body Dysmorphic Disorder.

### 2.3 Epidemiologie

In der Literatur fanden sich ähnliche Prävalenzraten, nämlich von 1-2% in der Normalbevölkerung, und sie konnten mehrfach bestätigt werden. Patterson et al. (2001) beschrieben 1%, Wilson et al. (2004) 2% und Castle et al. (2003) 2,9%. In einer großen deutschlandweiten repräsentativen Studie mit 2552 Teilnehmern hatten 1,7% von ihnen eine KDS (Rief et al., 2006). Die letzte repräsentative und deutschlandweite Studie ergab eine Prävalenz von 1% (Stangier, 2007).

Bei Patienten in dermatologischer, kosmetischer und plastisch- chirurgischer Behandlung werden weitere Prävalenzraten angegeben. In der Dermatologie findet man bei bis zu 12% der Patienten eine KDS (Castle et al., 2004). Eine noch höhere Prävalenz ist in der kosmetischen Dermatologie zu finden. Dort wurde von Altamura et al. (2001) beschrieben, dass bei 18% der Patienten zumindest subklinische Zeichen der KDS diagnostizierbar sind. In der plastischen Chirurgie berichtet Wilson et al. (2004) von einer Prävalenz zwischen 6 -15%, Hodgkinson (2005) fand 20%.

Nur wenige Studien weisen Prävalenzdaten der KDS bei psychiatrischen Patienten auf. Kampfhammer und Gündel fanden 1997 in einer Konsilstichprobe bei 0,5% der Patienten eine KDS (Gieler, 2003), Altamura et al. beschrieben (2001) 3%. Eine neuere Studie zeigt mit 16% ein deutlich häufigeres Vorkommen bei der psychiatrischen Patientengruppe (Conrov et al., 2008)

Die KDS tritt bei beiden Geschlechtern zu annähernd gleichen Teilen auf (Stangier 2007). In älteren Studien sind Frauen minimal häufiger betroffen (Stangier 2000). Als begleitende Komorbiditäten werden in der Literatur Depression, Angst und soziale Phobie mit einer Häufigkeit zwischen 50 - 77% angegeben (Phillips et al., 2000; Stangier et al., 1997). Phillips et al. (1993) berichteten sogar bei 97% der KDS Patienten von zumindest einem

Vermeidungsverhalten hinsichtlich sozialer Aktivitäten. Bei vielen KDS Patienten besteht eine Unzufriedenheit hinsichtlich der Partnerschaft. Bezeichnend ist auch die hohe Zahl an ledigen oder geschiedenen Patienten (Patterson et al., 2001).

Es wurde berichtet, dass über 70% der Patienten mit KDS unverheiratet sind.

Zumeist beginnt die Erkrankung in der Adoleszenz, durchschnittlich mit 14,8 Jahren.

(Gieler et al., 2005).

## 2.4. Pathogenese

Die Entstehung der Krankheit KDS wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Es fehlt aber ein einheitliches Konzept, das die Entstehung systematisch erklären könnte. In der Literatur reichen die Erklärungsansätze von einer Dysbalance im Serotoninhaushalt bis zu psychosozialen und soziokulturellen Einflüssen, bzw. einer Kombination aus allen Bereichen. Der biologistische/ genetische Ansatz bezieht sich auf eine Serotonindysbalance, die bei Patienten mit KDS ermittelt werden konnte. Sie wurde insofern bewiesen, dass eingesetzte Selektive-Serotonin- Reuptake- Inhibitoren (SSRI) in klinischen Studien durchaus ihre Wirkung zeigten. Auch die hohen Komorbiditäten und ihr vermehrtes Auftreten in Familien sind Gründe dafür (Gieler, 2003).

Soziokulturelle Faktoren dürfen nicht unterschätzt werden. So wird uns zum Beispiel in den Medien immer wieder der „Idealmensch“ als vermeintliches Vorbild vor Augen geführt, das es anzustreben gilt (Etkoff, 2004).

Neben diesen Ansätzen existieren Berichte, nach denen die KDS durch einen Entzündungsprozess im frontotemporalen Bereich des Gehirns verursacht wird (Gieler, 2003). Ein weiterer Faktor ist sicherlich die Persönlichkeitsstruktur, wobei dabei nicht auf eine explizit für KDS prädisponierende Persönlichkeit hingewiesen wird. Vielmehr werden sensitive, schizoide, zwanghafte und narzistische Strukturen beschrieben ( Brosig /Gieler, 2000).

Der zurzeit populärste Erklärungsansatz ist der kognitiv-behaviorale Komplex, in dem fehlerhafte Wahrnehmungen und Bewertungsprozesse hinsichtlich der eigenen Person eine Rolle spielen. Unbewusste Konflikte und bestimmte Emotionen wie Ekel, Scham und die soziale Vermeidung sind Indizien zu diesem Ansatz. Symbol dafür ist, dass sich die Patienten als hässlich empfinden.

Ein weiterer Ansatz beschreibt die psychodynamischen Störungen in Form einer möglichen ängstlich/ unsicheren kindlichen Bindung. Kinder internalisieren die Probleme der Mutter bezüglich der Unzufriedenheit mit ihrem Aussehen. Es wird schließlich davon ausgegangen, dass bereits ein unbewusster Konflikt besteht, der aus einem unsicheren Bindungsmuster herrührt. Hinzu kommt ein auslösender Faktor, der zum Beispiel ein minimaler, nach außen sichtbarer Hautdefekt sein kann. Der Patient verdrängt den Konflikt, in dem er seine Aufmerksamkeit auf den Faktor richtet, er diesen als entstellend erlebt und sich vermehrt damit beschäftigt. Ablehnung der eigenen Person, Ekel und Schamgefühle stellen sich ein und werden auf sich selbst bezogen, was die Unsicherheit und entsprechende Komorbiditäten begünstigt. Man spricht hierbei von einem „Bio- psycho- sozialen Krankheitsmodell (Gieler, 2003).

## 2.5 Klinik

Die klinischen Symptome der KDS bieten ein breites Spektrum, vor allem aus dem psychiatrischen Bereich. Speziell kommen Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Verhaltensstörungen und Störungen des Affekts vor, sowie Fehler in der Informationsverarbeitung (Stangier; Gieler, 1997). Auf Grund der meist bestehenden Komorbiditäten ist es zum Teil nicht möglich, die Symptome eindeutig der KDS oder eben den damit verbundenen Erkrankungen zuzuordnen.

Patienten mit KDS fallen vor allem durch übermäßiges und sehr zeitaufwändiges zwanghaftes Kontrollieren ihrer äußeren Erscheinung auf. Stangier fand (2005) heraus, dass KDS-Patienten schneller auch minimale Abweichungen der normalen Erscheinung erfassen als gesunde Probanden. Hier liegt eine selektive Wahrnehmung vor, die sich auf ästhetische Details fokussiert. Dabei können andere Beschäftigungen wie Arbeit oder Freizeitaktivitäten völlig in den Hintergrund geraten. Ihre Sorge dreht sich dabei meistens um objektiv nicht vorhandene oder maximal geringe Auffälligkeiten des Körpers.

Im psychoanalytischen Kontext scheint es, als sei dieses Kontrollverhalten Ausdruck einer Absicherung, dass man selbst nach außen existent und akzeptabel ist (Gieler, 2003).

So wird deutlich, dass die KDS in eine wahnhafte und in eine nichtwahnhafte Form unterschieden werden kann. In den meisten Fällen werden die Haut (> 60%), die Haare (> 50%) und die Nase (~ 40%) kritisch wahrgenommen (Patterson et al., 2001). Die Betroffenen gehen dabei unterschiedlich mit ihrem subjektiven Defekt um. Sie empfinden sich als hässlich, sind gedanklich ständig mit ihrem „Makel“ beschäftigt und versuchen zum

Teil die betroffene Haut durch Camouflage zu verbergen. „Scham“ und „Ekel“ sind in diesem Zusammenhang die am häufigsten genannten Emotionen (Gieler, 2005). Ein großer Prozentsatz der Patienten zieht sich sozial zurück, da sie, im Sinne der überwertigen Idee im psychiatrischen Kontext das Gefühl haben, ihres Makels wegen ständig den Blicken der Menschen in ihrer Umgebung ausgeliefert zu sein. Hierbei beschreiben Driesch et al 2004 zwei Formen der Denkstörung, die ich-dystone Form und die ich-syntone Form. Die ich-dystone Form ist doppelt belastend, da diese Patienten sich sehr wohl der Sinnlosigkeit ihrer Gedanken um den vermeintlichen Makel bewusst sind, die Gedanken aber nicht abstellen können.

Die häufigere, ich-syntone Form erlaubt eine solche Einsicht nicht. Diese Patienten leiden an Beobachtungswahn, der ebenfalls als überwertige Idee von der gesamten Interaktion des Betroffenen Besitz ergreift. Im zwischenmenschlichen Bereich befinden sie sich in einer „no-win“- Situation. Wie auch immer andere Menschen auf sie reagieren, ihr subjektives Hässlichkeitsempfinden bleibt bestehen. Werden die Patienten angeschaut oder schlicht ignoriert, sie führen beides auf ihren Makel zurück. Das führt dazu, dass bis zu 74% der Patienten mit KDS eine Einschränkung in der Berufsausübung haben und 75% unverheiratet sind (Gieler 2005, Driesch 2004). Ferner ist auffällig, dass KDS-Patienten den Arzt in hoher Frequenz aufsuchen, speziell Dermatologen oder plastische Chirurgen.

Zugleich wechseln sie diesen aber auch häufig (doctor- hopping), besonders wenn dieser dem Makel nur eine geringe Bedeutung zumisst und gewünschte Therapien verweigert. Die Patienten benötigen auch von Freunden und anderen Menschen eine ständige Rückversicherung und Beschwichtigung, dass der Defekt nicht so schlimm sei, allerdings hält diese nur kurze Zeit an. Denn rein somatische Therapien zeigen meist keinen oder nur kurzfristigen Erfolg. Ist ein Areal abgeheilt, taucht dasselbe Problem meist innerhalb kürzester Zeit an anderer Stelle wieder auf (Driesch et al., 2004).

Überhaupt ist es zum Teil bei kleinen aber objektiv sichtbaren Makeln schwierig herauszuarbeiten, ob der Defekt zu Anfang bestand, oder ob der Patient manipulativ tätig war (Phillips, Dufresne 2000, Grant et al., 2006). Die Patienten behaupten fast immer sehr überzeugend, dass zunächst der Makel bestand, bevor sich ihr Verhalten änderte.

Außerdem haben sie meist keine Krankheitseinsicht und stellen den vermeintlichen Defekt in den Vordergrund. Daher muss bei der Diagnosestellung äußerst behutsam vorgegangen werden um nicht auf Abwehr zu stoßen. Hier wird die affektive Komponente deutlich, die Patienten zeigen ein niedriges Niveau des Selbstwertgefühls und ein hohes Maß an Schamhaftigkeit (Gieler et al., 2005).

## 2.6 Differentialdiagnosen

Die Schwierigkeit liegt in der nicht immer eindeutigen Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen, daher ist eine Diagnosestellung nicht einfach. Zu den häufigsten Differentialdiagnosen zählen die Zwangserkrankungen (Phillips et al. 1998) und Essstörungen (Gieler, 2005).

In der älteren Literatur wird die KDS zu den Zwangserkrankungen gezählt, da sich hier viele Symptome überschneiden. Anders als bei den Zwangserkrankungen ist bei der ich- syntonen Form der KDS die Einsichtsfähigkeit in die Unsinnigkeit der Zwangssymptome deutlich verringert. Außerdem befassen sich Patienten mit Zwangserkrankungen vor allem mit der Abwendung von Ereignissen, die schaden könnten (Kontamination etc.) als mit dem Körper selbst. Ferner muss von einer hypochondrischen Störung abgegrenzt werden.

Bei der hypochondrischen Störung fürchtet der Patient hauptsächlich, möglicherweise unheilbar krank zu sein und widmet seine ganze Aufmerksamkeit ebenfalls vornehmlich dem betroffenen Körperteil. Hingegen sorgt sich nur ein kleiner Teil der Patienten mit KDS darum, dass bei ihnen eine funktionelle Einschränkung besteht.

Auch bei den Essstörungen dominiert eine Wahrnehmungsstörung. Sie zeigt sich in der Ablehnung der Körperform bzw. des ganzen Körpers.

## 2.7 Komorbide Erscheinungen und Erkrankungen

Wie bereits unter 2.3 beschrieben geht die KDS in mehr als 50% der Fälle mit verschiedenen Komorbiditäten einher. Zu den häufigsten Begleiterkrankungen zählen Depression, Angst, soziale Phobie, Suizidalität und der Medikamentenabusus.

### Scham und Ekel

Scham und Ekel sind zwei Phänomene, die mit der KDS vergesellschaftet sind. Wie bereits im Kapitel 2.4 beschrieben, rühren diese Gefühle von einem psychischen Konflikt her, ausgelöst von einem Ereignis, das auf dem Boden eines unsicheren Bindungsmusters und Selbstwertzweifels entsteht. Die zugrunde liegenden Konflikte werden verdrängt, die hypochondrische Bewertung eines Makels als entstellend erlebt. Die Bewertung stabilisiert sich und führt wiederum zu verstärkten Ekel- und Schamgefühlen, die den Prozess wiederum aggravieren (Gieler et al., 2005).

Schamgefühle treten auf, wenn ein empfundenes Defizit nach außen sichtbar sein könnte. Dieses Defizit steht als Synonym für das Versagen des gesamten Menschen. Dabei kann das Defizit rein subjektiv sein, es spielt keine Rolle, ob der Makel objektivierbar ist oder nicht. Die mit dem Schamgefühl einhergehenden somatischen Veränderungen wie Erröten und Schwitzen verstärken das Gefühl der Patienten, nach außen ekelig und ungeliebt zu wirken (Gieler et al., 2008).

## Depression

Die Depression drückt sich auf verschiedene Art und Weise aus. Im Vordergrund steht eine gedrückte Stimmung, die sich bis zu einem scheinbar ausweglosen, fast versteinerten Gefühl der Gefühllosigkeit steigern kann, außerdem treten Antriebsstörungen, Denkverlangsamung und Schlafstörungen auf. Die Patienten sind interessen- und initiativlos, fühlen sich hoffnungslos und beklagen häufig dennoch eine gewisse innere Unruhe.

Oft geht die Depression mit körperlichen Symptomen wie Obstipation, Appetitlosigkeit und Libidomangel einher. Außerdem treten in manchen Fällen Schmerzen und andere Leibsensationen auf. Bei der sogenannten larvierten Depression dominiert die Symptomatik in einer gefühlten Erschöpftheit und Energielosigkeit.

Standardisierte Beurteilungsskalen, Zeitkriterien und symptomorientierte Beschreibungen in den operationalisierten Screeningsystemen führen zur Diagnose.

Dabei muss die Depression von einer normalen Trauerreaktion abgegrenzt werden. Ausgeschlossen werden müssen selbstverständlich immer organische Ursachen wie strukturelle Veränderungen des Gehirns und andere organische Erkrankungen, die zum Beispiel auf endokrinologische Ursachen zurückzuführen sind. Außerdem gilt es, bestimmte Medikamente bezüglich einer Induktion der Depression ausfindig zu machen.

Problematisch ist die Depression im Hinblick auf die oft vorhandene Suizidalität, die sich auf rein kognitiver aber auch auf der Handlungsebene abspielen kann. Außerdem steigt die Gefahr des Medikamenten- und Alkoholmissbrauchs.

Die Therapie richtet sich nach dem klinischen Bild der Erkrankung, wobei immer die Suizidalität abgeklärt werden muss. Danach richtet sich auch die Entscheidung über eine stationäre oder ambulante Therapie. Es kommen meist die supportive Psychotherapie und, in schweren Fällen, auch eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva wie zum Beispiel die Selektiven-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) zum Einsatz.

In der Allgemeinbevölkerung hat die Depression eine Prävalenz von 2-9% (Wilson et al., 2004), bei Patienten mit KDS erhöht sich die Zahl auf ca.60% (Oosthuizen et al.,1997, Wilson et al., 2004)

### Angst und soziale Phobie

Die Angst tritt in drei verschiedenen Formen auf. Man unterscheidet die phobische Angst, welche objektgebunden und akut auftritt, von der Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) welche ebenfalls akut, aber objektungebunden auftritt. Im Vordergrund stehen hier verschiedene körperliche Symptome wie Tachykardie, Atemnot, Schwitzen, das Gefühl des Kontrollverlustes, Parästhesien, Zittern und Beklemmungsgefühle, die über einen Zeitraum von 10- 30 Minuten persistieren. Eine weitere Form der Angst ist die generalisierte Angststörung, die weder akut, noch objektgebunden auftritt. Als wichtiges Diagnosekriterium gilt der Zeitfaktor. Die Angst oder soziale Phobie muss über einen Zeitraum von mehreren Wochen an den meisten Tagen der Woche bestehen und schwankt in ihrer Intensität. An körperlichen Symptomen dominieren motorische Spannungen, vegetative Übererregbarkeit, erhöhte Aufmerksamkeit und Wachheit.

Von den Angststörungen kommt bei Patienten mit KDS die soziale Phobie am häufigsten vor. Die Lebenszeitprävalenz wird in der Allgemeinbevölkerung auf 2-3% geschätzt, Patienten mit KDS sind in 70% der Fälle betroffen (Gieler, 2003).

Bei den betroffenen Patienten konzentrieren sich die phobischen Ängste besonders auf Situationen, in denen sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer Menschen stehen. Dabei steht die Sorge über eine mögliche Blamage im Vordergrund. Die Ängste können sowohl klar abgegrenzt in einer bestimmten Situation, als auch diffus in fast allen Situationen außerhalb des Familienkreises auftreten. Die Angstpatienten selbst erleben ihre Angst in der Regel als ich- dyston, im Rahmen der körperdysmorphen Störung aber oft ich- synton. Als diagnostische Maßnahmen kommen bei allen Formen der Angststörung vor allem eine gründliche Anamnese und testpsychologische Verfahren mit Selbst- und Fremdbeurteilung in Betracht. Dabei fällt die Abgrenzung zu einer depressiven Störung in vielen Fällen schwer, da besonders die larvierte Depression sehr ähnliche Symptome aufweist. Auszuschließen sind vor allem organische Ursachen dieser emotionalen Störung wie zum Beispiel Epilepsie, Substanzmissbrauch, psychotische Störungen oder endokrine Dysbalancen. Die wichtigste Differentialdiagnose ist aber die normale Angst.

Therapeutisch kommen verschiedene Maßnahmen in Betracht, wobei es sinnvoll ist, diese miteinander zu kombinieren. In der Akutphase haben sich stützende Gespräche und im

weiteren Verlauf die Verhaltenstherapie bewährt. Hier gibt es verschiedene Ansätze. Da bekannt ist, dass zwei Emotionen nebeneinander nicht existieren können dienen verschiedene Entspannungsverfahren dazu, die Angstgefühle verlassen zu können. Dafür eignet sich einerseits die systematische Desensibilisierung und andererseits das Flooding. Flooding wird bei den Phobien angewandt, als Expositionsstrategie wird der Patient dem auslösenden Reiz solange ausgeliefert, bis sich die Angst erschöpft.

Auch aufdeckend tiefenpsychologisch orientierte Verfahren und soziotherapeutische Strategien kommen zum Einsatz. Medikamentös eignen sich hier die Selektiven- Serotonin- Reuptake- Inhibitoren. Benzodiazepine sind wegen ihres Abhängigkeitspotenzials nur in der Akutphase empfohlen und sollten so kurz wie möglich verordnet werden.

Angststörungen treten in der Allgemeinbevölkerung in bis zu 2-3 % (Möller et al., 2005) auf, bei Patienten mit KDS in 73% (Philipps et al., 1993), also deutlich häufiger.

### Suizidalität

Zur Suizidalität gehören alle Gedanken und Handlungen, die zur Beendigung des eigenen Lebens durch Selbsttötung führen können. Dabei gibt es mehr Suizidversuche, darunter auch häufig appellative Maßnahmen der Betroffenen, als eigentliche Suizide. In der allgemeinen Bevölkerung sind 3% von Suizidalität betroffen, bei Patienten mit KDS kommt sie mit 19% deutlich häufiger vor (Rief et al., 2006).

Als Ursache der Suizidalität kommen verschiedene Erklärungsansätze in Betracht. Die lebenssituative psychosoziale Einengung, wie zum Beispiel eine lange Arbeitslosigkeit, körperliche Erkrankung oder der Verlust des Partners einerseits, oder die affektiv kognitive Einengung im Rahmen von psychischen Erkrankungen andererseits scheinen die wichtigsten Ursachen zu sein. Beide Aspekte findet man bei Patienten mit KDS. Die Symptomatik der Suizidalität ist sehr heterogen. Im Vordergrund steht hier die Autoaggression. Die Betroffenen äußern den Wunsch nach Rache, nach Trennung und Ablösung, oder sie verspüren Enttäuschung und Wut. Die Stimmung ist depressiv gefärbt, das Gefühl der Ausweglosigkeit dominiert. Daher ziehen sich suizidale Menschen immer mehr aus ihrem sozialen Umfeld zurück und beschäftigen sich zunehmend mit Gedanken an den Tod. In 75% der Fälle werden suizidale Absichten direkt oder indirekt angekündigt. Dabei klagen sie aber vor allem über psychische Verstimmungen und in 50% der Fälle auch über körperliche Beschwerden (Möller et al., 2005).

Diagnostizieren lässt sich eine Suizidalität über eine gründliche Exploration und standardisierte Fragebögen, wobei das Ausmaß der Suizidalität und die individuellen Ressourcen abgeschätzt werden müssen.

Die Therapie richtet sich nach der Schwere der Suizidalität. Bei Fällen, die frühzeitig erkannt werden kommen ambulante stützende Gespräche in Betracht. Bei einer akuten Gefährdung ist die vorübergehende Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung mit psychotherapeutischer Unterstützung zur Krisenintervention sinnvoll. Wurde bereits ein Suizid durchgeführt, der Betroffene aber rechtzeitig gefunden oder er hat überlebt, so steht zunächst die körperliche Überwachung im Vordergrund. Medikamentös stehen Antidepressiva, Tranquilizer oder sedierende Antipsychotika zur Verfügung.

#### Substanzmißbrauch

In der Hoffnung auf körperliche Vollkommenheit und auch bedingt durch den Jugendkult, nimmt der Missbrauch von sogenannten Lifestyle Medikamenten besonders bei Patienten mit körperdysmorpher Störung zu (Brosig, Gieler, 2000). So besteht bei bis zu 35% der Patienten diese Komorbidität (Wilson et al., 2004). Life-style Medikamente sind Pharmaka, die von gesunden Menschen zur Erlangung eines psychosozialen Schönheitsideals eingenommen werden, aber nicht der körperlichen Gesundheit dienen (Harth et al., 2003). Die Patienten verlangen in der Praxis oft gezielt diese Präparate. Es handelt sich in den meisten Fällen um Medikamente, die zu anderen therapeutischen Zwecken vorgesehen sind. So ist zum Beispiel die Injektion von Botulinum- Toxin zur Hyperhidrosebehandlung und Anti- Aging- Therapie gegen Falten ursprünglich als Strabismustherapeutikum eingesetzt worden. Durch die neue Therapieoption ist unter anderem die Hyperhidrose vermehrt in den Fokus bei Patienten mit körperdysmorpher Störung geraten, weshalb bei einigen Patienten schon von einer „Botulino- philie“ gesprochen werden kann (Harth et al., 2003).

Die eigentliche Ursache der Störung wird somit nicht oder nur zum Teil angegangen.

## 2.8 Therapie

Die Therapie der KDS ist bisher kaum empirisch gesichert. Es kann lediglich festgestellt werden, dass sich eine Kombination aus verschiedenen Therapieoptionen in der klinischen Erfahrung bewährt hat. Zu ihren Bestandteilen gehören zum einen die psychopharmakologische Therapie im Sinne von Selektiven- Serotonin- Reuptake- Inhibitoren (SSRI) oder Monoaminoxidase (MAO)- Hemmern, verschiedene psychotherapeutische Verfahren wie Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, und zu guter Letzt

die rein somatische Therapie, vor allem in Form von kosmetischer Dermatologie oder plastischer Chirurgie. Patienten primär zu einer psychotherapeutischen Intervention zuzuführen hat sich in der Vergangenheit als sehr schwierig erwiesen.

Die somatische Therapie kommt vor allem den Patienten zugute, die einen kleinen objektiven Hautbefund aufweisen aber zunächst keine eigentliche Krankheitseinsicht haben. Eine dauerhafte, rein somatische Therapie ist nicht effektiv (Crerand et al., 2005). Allerdings kann die Compliance durch Anwendungen, die sich direkt auf den Makel beziehen, gestärkt werden. Die Patienten fühlen sich in ihrer Problematik angenommen. In vielen Fällen ist es in der Motivationsphase sinnvoll, zur Beziehungsstabilisierung zwischen Patient und Therapeut zu Beginn allein eine somatische Therapie anzubieten, um dann mit einer zusätzlichen Psychotherapie fortzufahren (Brosig; Gieler, 2000). Es wurde außerdem festgestellt, dass Frauen gegenüber der Psychotherapie generell aufgeschlossener sind und sie häufiger in Anspruch nehmen als Männer. Die psychotherapeutischen Therapien richten sich nach dem kognitiv-behavioralen Ansatz mit kognitiver Umstrukturierung der Übergeneralisierung. Dabei erlernen die Patienten neu, dass Personen nicht nach Äußerlichkeit, sondern nach differenzierteren Kriterien bewertet werden. Das soll es für sie im Endeffekt leichter machen, ihr Vermeidungsverhalten bezüglich sozialer Interaktion abzulegen. Zum gleichen Ziel führt auch die Konfrontation mit angstbesetzten Situationen, in der die vermeintlich entstellende Körperpartie nicht versteckt werden soll. Dabei sollen auch Kontrollsituationen unterlassen und die Aufmerksamkeit vom Makel weg nach außen gerichtet werden. Auch der Einsatz von Videofeedback trägt hierzu bei (Gieler, 1997).

## 2.9 Prognose

Meist handelt es sich bei der körperdysmorphen Störung um ein chronisch verlaufendes Beschwerdebild mit zum Teil erheblichen Symptomintensitätsschwankungen. Der Erfolg der Therapie ist abhängig von der gezielten Erkennung und Mitbehandlung von komorbiden Störungen. Eine retrospektive Studie von 2004 zeigte, dass nach 6 und/oder nach 12 Monaten bei 24,7% der Patienten eine Vollremission eintrat und bei 57,8% eine Teilremission. Nach vier Jahren hatten 58,2% eine Vollremission, 83,8% eine Voll- oder Teilremission, gemessen an einem oder mehreren Punkten der sechsmonatigen Befunderhebungen. Von den Patienten mit Voll- oder Teilremission hatten 28,6% einen Rückfall. Alle Patienten bekamen eine medikamentöse Therapie und 34,3% erhielten einen nicht näher bezeichneten Therapietyp (Philipps et al., 2004). Die erste prospektive Studie im Jahr 2006 zeigte, dass innerhalb eines

Jahres unter psychotherapeutischer Behandlung (84% der Patienten) die Wahrscheinlichkeit einer Vollremission von 9%, die Wahrscheinlichkeit einer Teilremission 21% besteht (Phillips et al., 2006). Damit zeigt die KDS eine deutlich schlechtere Heilungschance als affektive Störungen, wie zum Beispiel die Angststörung.

### 3. Ableitung der Fragestellung

Wie bereits in der Charakteristik der körperdysmorphen Störung beschrieben, handelt es sich hierbei um ein sehr vielfältiges Krankheitsbild.

In der Literatur gibt es viele Studien, die sich mit dem Krankheitsbild beschäftigen, jeweils mit den Prozentangaben der komorbiden Erkrankungen und Phänomene. Jedoch war nach unserer Recherche keine Studie auffindbar, die verschiedene Settings hinsichtlich der Schwere der körperdysmorphen Störung, deren Komorbiditäten und Erscheinungen direkt miteinander verglich, es wurden bisher immer unterschiedliche Fragebögen verwendet. Dabei sind gerade diese Zusammenhänge wichtig, da eine erfolgreiche Therapie wesentlich von den begleitenden Problemen abhängig ist. Auch wenn 85% der klinischen Dermatologen angeben, psychosomatische Aspekte in die Therapien mit einzubeziehen

(Gieler et al., 2001), gibt es dort noch immer einen immensen Bedarf an Aufklärung. Das gilt im Besonderen auch für die plastische Chirurgie.

Patienten mit KDS verursachen hohe Kosten im Gesundheitssystem durch häufigen Arztwechsel (Driesch et al., 2004). Außerdem ist ihnen allein durch ärztliche Maßnahmen, wie der Behandlung ihres Makels, nicht geholfen. Im Gegenteil geben Patienten häufig eine Verschlimmerung der Beschwerden nach ärztlichen Maßnahmen an, oder es taucht innerhalb kürzester Zeit ein neuer Makel auf (Patterson et al., 2001). Dass Ärzte ausreichend sensibilisiert werden, ist ein weiteres Ziel dieser Studie.

Die meisten Studien über die KDS erfolgten in den USA, vor allem durch K.A. Phillips. Studien in Deutschland, gerade in einer ländlichen Umgebung wie Giessen und Umland, sind selten. Es ist daher interessant zu sehen, welche Häufigkeitsverteilung sich hinsichtlich einer KDS hier ergeben. Da es aktuell nur wenige veröffentlichte Studien über KDS in psychiatrischem Setting gibt, rekrutierten wir als Äquivalent Patienten der psychosomatischen Poliklinik. Diese Patientengruppe zeichnet sich durch eine Besonderheit aus. Sie vermuten im Gegensatz zu den anderen Gruppen, dass ihrer Erkrankung ein psychisches Problem zugrunde liegen könnte. Außerdem ist es möglich, dass bei diesen Patienten die komorbiden Störungen im Vordergrund stehen. Sie suchen die psychosomatische Poliklinik also vor allem wegen

einer Depression oder sozialen Angst auf, ohne eine direkte Verbindung mit einem körperlichen Makel herzustellen. Es wird erwartet, dass diese Patienten einen besonders hohen Leidensdruck haben und auch in den Skalen der Depression, Angst und sozialen Beeinträchtigung höhere Werte erreichen als die Patienten der anderen Settings. Als besonders problematisch erweist sich hier die noch immer in der Gesellschaft präsente Stigmatisierung der Menschen, die nur im Verdacht stehen, eine psychische Erkrankung zu haben. In der dermatologischen Poliklinik, der kosmetischen Dermatologie und der plastischen Chirurgie sind bisher viele Untersuchungen durchgeführt worden. Diese Studie soll herausstellen, ob die KDS ein unterschiedliches Erscheinungsbild in den verschiedenen Settings hat.

Dabei werden vor allem Parameter wie Angst, Depression und soziale Beeinträchtigung berücksichtigt. Ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung stellt die im Fragebogen „Skin- Satisfaction- Questionnaire“ (deutsche Version „Hautzuf“) abgefragten Phänomene wie Scham und Ekel dar. Vor allem die Haut als Kommunikationsorgan bildet psychische Prozesse ab. Hautkranke erfahren durch Ihre Erkrankung Scham und Ekel. Auch das subjektive Erleben, entstellt zu sein, ruft Scham hervor, die kaum durch objektivierbare Schwere der Hauterkrankung abgeschätzt werden kann. Die Patienten erleben also Stigmatisierung und ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück (Gieler, 2003 und 2008). Dieser Rückzug kann bis zur sozialen Phobie, Unsicherheit bis Angst oder Depression führen. Wie bereits in 2.8 beschrieben scheinen die Behandlungsmöglichkeiten zum Teil erschwert durch die ausschließliche Hinwendung der Patienten zur somatischen Therapie. Das Stigma einer Psychotherapie kommt erschwerend bei der Entscheidung zu einer Therapie hinzu, so dass sich eine suffiziente Behandlung aus der Kombination von somatischer und Psychotherapie nur schwer vermitteln lässt. Es soll hier herausgestellt werden, ob zumindest auf einer basalen Ebene eine Psychotherapiemotivation vorhanden ist, und ob die Patienten ein Problembewusstsein hinsichtlich einer psychischen Komponente ihrer Erkrankung haben. Bei der allgemein epidemiologischen Erhebung soll geprüft werden, wie sich die KDS insgesamt darstellt. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung wird ein ausgeglichenes Verhältnis erwartet. Stangier fand diese Verteilung zuletzt 2007 in einer groß angelegten Studie heraus. Auch dass Patienten mit einer KDS jünger sind (Phillips et al., 2000) und weniger in einer Partnerschaft leben (Gieler, 2008; Wilson et al., 2004) sowie eine geringere Bildung und auch Erwerbstätigkeit haben, hat sich erwiesen (Rief et al., 2006) Außerdem wird angenommen, dass die Sichtbarkeit keinen Einfluss auf die Schwere der Erkrankung hat. Entscheidend ist, wie sich der Patient subjektiv für seinen tatsächlich vorhandenen oder

halluzinierten Makel schämt. Die Schamgefühle scheinen dabei nicht mit der objektiven Schwere einer Erkrankung zu korrelieren (Gieler, 2005 und 2008).

Die Fragestellungen im Überblick:

A) Wie häufig ist das durch den DCQ festgestellte Auftreten der Körperdysmorphen Störung insgesamt, und welche Verteilung findet sich hinsichtlich folgender Kriterien:

1. Geschlechterverteilung
2. Bildung
3. Alter
4. Partnerschaft
5. Sichtbarkeit des Defektes
6. Erwerbstätigkeit

B) Wie häufig und wie stark ausgeprägt sind folgende mit der KDS assoziierten komorbiden Störungen bzw. Erscheinungen im Vergleich von Patienten mit und ohne KDS hinsichtlich der/ des

1. Angst und Depression (HADS)
2. Sozialen Phobie (SASS)
3. Therapiemotivation im psychologischen Sinne KDS (VSS)
4. Scham und Ekel (HautZuf)

## 4. Methodik

### 4.1 Patientengruppen

In der Zeit von April 2005 bis April 2006 wurde eine Stichprobe von insgesamt 217 Patienten im Alter von 14 bis 88 Jahren erfasst. Diese setzt sich wie folgt zusammen:

66 Patienten der psychosomatischen Ambulanz an der Justus- Liebig- Universität Giessen

61 Patienten der Poliklinik der Dermatologie an der Justus- Liebig- Universität Giessen

54 Patienten der Abteilung für kosmetische Dermatologie der Hautklinik an der  
Justus- Liebig- Universität Giessen

36 Patienten der Praxis für ästhetische Chirurgie Dr. Wagner in Bad Nauheim

Zunächst wurde das Einverständnis zur Erhebung der Daten bei den jeweiligen Ärzten der beteiligten Ambulanzen und der Praxis eingeholt<sup>1</sup>. In der Abteilung für kosmetische Dermatologie und der Poliklinik der Dermatologie an der Universität wurden nach einem Probelauf Termine vereinbart, an denen die Studienleiterin anwesend war und die Datenerhebung durchführte. Die Erhebung in der psychosomatischen Ambulanz erfolgte durch eine Ausgabe der Fragebögen während der Anmeldung, und die Patienten wurden gebeten, die Fragebögen für diese Arbeit zusätzlich zu den anderen Fragebögen auszufüllen. Die Ausgabe geschah konsekutiv, so dass alle Patienten erfasst wurden, die in der Lage waren, den Fragebogen auszufüllen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Krankheit und Sozialstatus.

Die Erhebung in der Praxis für ästhetische Chirurgie erfolgte analog zu der Erhebung in der psychosomatischen Ambulanz mit intermittierender Anwesenheit der Studienleiterin. Eingeschlossen wurden alle Patienten die in dieser Zeit in den jeweiligen Einrichtungen vorstellig wurden.

In der psychosomatischen Ambulanz wurden 130 Patienten angesprochen und 83 Fragebögen ausgeteilt, in der Poliklinik für Dermatologie sind ca. 110 Patienten angesprochen und 70 Fragebögen verteilt worden, und in der plastischen Chirurgie sind ca. 90 Patienten angesprochen worden, von denen 70 Patienten Fragebögen erhielten.

In der Abteilung für kosmetische Dermatologie wurden 130 Patienten angesprochen und 70 Fragebögen ausgeteilt.

---

<sup>1</sup>Die Oberärztin der kosmetischen Dermatologie, Fr. Dr. Müller und die Oberärztin Frau Dr. Recker haben bei der Rekrutierung der Patienten intensiv mitgearbeitet, und ich möchte ihnen an dieser Stelle besonders danken. Ebenso halfen mir die Sekretärin in der Anmeldung, Frau Döll, und die Assistenten der Poliklinik sowie der poliklinische Oberarzt PD Dr. Schuppe. Besonderen Dank gilt auch Herrn Dr. Karl- Heinz Wagner für seine Kooperation und Hilfsbereitschaft bei der Rekrutierung der Patienten.

Tab.4.1.1 Patientenrekrutierung und Selektion in den einzelnen Gruppen

Gruppe	Angesprochene Patienten insgesamt	Fragebogen ausgeteilt (Quote von ausgeteilten Fragebögen in %)	Fragebogen auswertbar (Rücklaufquote zu ausgeteilten Fragebögen in %)
Psychosomatische Poliklinik	130	83 (63,9%)	66 (79,5%)
Dermatologische Poliklinik	110	70 (63,6%)	61 (87,1%)
Kosmetische Dermatologie	130	70 (53,8%)	54 (77,1%)
Plastische Chirurgie	90	70 (77,8%)	36 (51,4%)

In der Praxis für ästhetische Chirurgie und in der Abteilung für kosmetische Dermatologie wurden die Fragebögen auf Wunsch der Patienten mit nach Hause gegeben. Dort wurden sie von den Patienten ausgefüllt und bei einem nächsten Besuch wieder mitgebracht.

Die Hauptgründe dafür, dass nicht alle Patienten einen Fragebogen erhielten, waren mangelnde Sprachkenntnisse oder Ablehnung gegen Fragebögen.

Festzustellen war hier generell eine sehr unterschiedliche Motivation zur Mitarbeit. Während die Patienten der Psychosomatik und der dermatologischen Poliklinik motiviert an der Befragung teilnahmen, erwies sich die Datenerhebung in der Kosmetik- Sprechstunde und in der plastischen Chirurgie eher als problematisch, da deutlich mehr Patienten der Befragung ablehnend gegenüberstanden.

## 4.2 Beschreibung der eingesetzten Testverfahren

Im Weiteren werden die eingesetzten Fragebögen näher beschrieben.

(Originale der Fragebögen im Anhang)

### 4.2.1 Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)

Der DCQ wurde von Oosthuizen et al. 1998 konstruiert. Er basiert auf dem General Health Questionnaire (Goldberg, 1972).

Der DCQ erfasst die gesteigerte Sorge über die eigene äußerliche bzw. körperliche Erscheinung und enthält 7 Items bezüglich dieser Fragestellung. Die Zustimmung zu den Fragen wird auf einer 4- Punkteskala angegeben (0= überhaupt nicht, bis 3= mehr als die meisten anderen Menschen).

Die Fragen beziehen sich konkret auf folgende Teilbereiche:

1. Sorgen welche die äußerliche Erscheinung betrifft
2. Glaube an die eigene Missgestaltung
3. Glaube an körperliche Fehlfunktionen (Schweißgeruch)
4. Konsultationen von kosmetischen Fachleuten
5. Beruhigende Rücksprache mit anderen, dass die/ der Betroffene normal aussieht, dem aber kein Glaube geschenkt wird
6. Verbringen eines hohen Zeitaufwandes wegen der Sorge um das Aussehen
7. Verbringen eines hohen Zeitaufwandes um vermeintliche Defekte der Erscheinung zu kaschieren (Castle et al., 2004)

Der Skalenwert kann theoretisch zwischen 0 und 21 liegen.

Werte  $\leq 10$  gelten als unauffällig. Anhand der erreichten Werte wird noch detaillierter abgegrenzt zwischen der subklinischen KDS (11- 13 Punkte) und der klinischen KDS ( $\geq 14$  Punkte).

Der DCQ verfügt über eine zufriedenstellende innere Konsistenz.

Die Validität des DCQ ist untersucht. Er kann als sensitives und spezifisches Screeninginstrument angesehen werden (Oosthuizen et al., 1998).

Zum Einsatz kam die deutsche Fassung des Fragebogens, der in der Studie von Stangier et al. (2003) validiert wurde.

Einige Fragen, die dem DCQ angehängt wurden:

1. Eine Skala von 0- 10 zur Selbsteinschätzung der äußerlichen Beeinträchtigung, wobei 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = extreme Entstellung bedeutet.
2. Eine Frage nach Krankheiten, die das Aussehen beeinträchtigen.

3. Ein Körperschema, nach dem eingetragen werden soll, welche Körperteile betroffen sind (Auswertung nach der „9-er Regel der Verbrennungen“).
4. Eine nachträgliche Klassifizierung, ob die in 3 eingezeichneten Körperareale ständig nach außen sichtbar sind oder nicht (als ständig sichtbar gelten Hände und der Kopf).

#### 4.2.2 Hospital- Anxiety and Depression Scale (HADS)

Die HADS wurde von Zigmont und Snaith (1983) entwickelt, um die Selbstbeurteilung zu Angst und Depression zu erfassen. Sie liegt in der deutschen Fassung als HADS- D von Herrmann und U. Buss (1995) vor.

Ursprünglich wurde sie für den gezielten Einsatz in der somatischen Medizin entworfen, um dort psychische Symptome zu erfassen. Zu jeder Skala sollen 7 Items mit einer 4- stufigen Ratingskala beurteilt werden.

Folgende Symptome werden abgefragt:

Zu Angst:

1. sich überspannt oder überreizt fühlen
2. eine ängstliche Vorahnung für die Zukunft zu haben
3. beunruhigende Gedanken zu haben
4. sich entspannen zu können
5. manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend zu haben
6. rastlos zu sein
7. plötzlich in panikartige Zustände zu kommen

Zu Depression:

1. sich freuen zu können
2. die Dinge von der lustigen Seite sehen zu können
3. sich glücklich zu fühlen
4. sich in den Aktivitäten gebremst zu fühlen
5. das Interesse an der äußeren Erscheinung verloren zu haben
6. mit Freude in die Zukunft zu blicken
7. sich an Medien freuen zu können

Werte von  $\geq 11$  je Subscala sind als auffällig anzusehen, Werte von 8- 10 können als grenzwertig und Wert  $\leq 7$  als unauffällig angesehen werden. Bei Bedarf kann noch unterteilt werden in „schwere“ (11- 14) und „sehr schwere“ (15- 21) Symptomatik.

Die HADS weist eine gute innere Konsistenz auf.

Insgesamt eignet sich das Instrument für Patienten, die mit einem körperbezogenen Beschwerdebild auftreten, die jedoch eine psychische Komorbidität vermuten lassen. Dabei zielt die HADS eher auf den Ausprägungsgrad der Symptomatik ab.

#### 4.2.3 Selbstbeurteilungsbogen zu sozialen Aktivitäten (SASS)

Die Social Adaption Self-Evaluation- Scale (SASS) wurde von Bosc et al. (1997) konstruiert, die deutsche Version von Stangier (2003) erarbeitet. Sie erfasst in 20 Items die Anpassung an das soziale Leben. Diese werden durch eine Ratingskala von 0 = geringe soziale Anpassung bis 3 = maximale soziale Anpassung bearbeitet.

Werte unter 35 Punkten weisen auf eine beeinträchtigte soziale Aktivität, Werte unter 25 Punkten auf eine deutlich beeinträchtigte soziale Aktivität hin (Bosq, 1997)

Bei Patienten mit körperdysmorpher Störung wird in vielen Studien deutlich auf die Rückzugstendenz aus sozialen Bezügen hingewiesen. Philipps et al. beschreiben, dass 97% aller KDS- Patienten soziale Aktivitäten vermeiden (Patterson et al., 2000). Bezüglich der Partnerschaft beschreiben Wilson et al. (2004), dass 66- 85% der KDS- Betroffenen nicht verheiratet sind. Aus diesem Grund wurde der SASS als ein weiteres Instrument für diese Studie gewählt

#### 4.2.4 Veränderungsstadienskala (VSS)

Die VSS basiert auf der Originalversion „University of Rhode Island Change Assessment Scale“ von McConaughy et al. (1983). Die deutsche Version wurde von Heidenreich et al. (2003) erarbeitet. Die VSS differenziert die verschiedenen Stadien des Verhaltens gegenüber Problemen. Sie wird in 4 Subskalen unterteilt, welche folgende Bereiche abdecken:

### 1.Fehlendes Problembewusstsein (Precontemplation)

Es liegt noch kein Problembewusstsein und damit noch keine Motivation einer Veränderung vor. Problembezogene Informationen werden ignoriert oder verdrängt, (Beispielitem No.13: Ich vermute, ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste).

### 2.Nachdenklichkeit (Contemplation)

Hiermit wird die Wahrnehmung und gedankliche Auseinandersetzung mit einem Problem, jedoch ohne dieses aktiv anzugehen beschrieben. (Beispielitem No.15: Ich habe ein Problem, und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte).

### 3.Handlung (Action)

Es kommt zu einer aktiven Verhaltensänderung, nachdem konkrete Vorgehensweisen entschieden wurden. (Beispielitem No.16: Auch wenn es mir nicht immer gelingt, mich zu verändern, so arbeite ich doch zumindest an meinem Problem).

### 4.Aufrechterhaltung (Maintenance)

Die neue Verhaltensweise stabilisiert sich, um Rückfälle zu vermeiden. (Beispielitem No.22: Vielleicht brauche ich jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe).

Jede Subskala wird durch 8 Items dargestellt, die auf einer 5- stufigen Ratingskala beantwortet werden müssen (1 = überhaupt nicht; 5 = sehr stark).

Die Trennschärfen der Items liegen meist im akzeptablen bis sehr guten Bereich. Die Subskalen „Precontemplation“, „Action“ und „ Maintenance“ zeigen eine befriedigende innere Konsistenz, die innere Konsistenz der Subskala „ Contemplation“ lag geringfügig darunter. Anzumerken ist, dass sich die Faktoren „ Contemplation“ und „ Action“ nicht befriedigend trennen ließen (Heidenreich, 2000). Die Skala der „Precontemplation“ ist durch doppelte Verneinung so ausgerichtet, dass niedrige Werte eher eine Therapiebereitschaft darstellen, in den anderen Skalen ist das umgekehrt. Die VSS wurde ursprünglich vor allem zur Abklärung einer Therapiebereitschaft bei Alkoholabhängigkeit verwendet und an Psychotherapiepatienten validiert. Dabei geht es um die gedankliche Auseinandersetzung mit einem vorliegenden Problem, seiner anstehenden Veränderung und die „Arbeit“ an diesem Problem und seiner anstehenden Veränderung, sowie die anschliessende Aufrechterhaltung der erlernten Verhaltensweisen. Die Fragen selbst zielen auf psychologische „ Probleme“ ab.

#### 4.2.5 Skin- Satisfaction- Questionnaire ( SSQ, dt. Version HautZuf )

Der HautZuf dient der Erfassung des Umgangs mit der Haut für Gesunde und Kranke. Er wurde von Grolle et al. (2003) entwickelt. Die 30 Items des HautZuf umfassen 5 Subskalen:

- 1.Selbstberührung
- 2.Berührung durch die Eltern
- 3.Berührung durch Partner/in
- 4.Ekel
- 5.Scham

Jede Subskala wird durch jeweils 6 Items charakterisiert, welche anhand einer 5- stufigen Ratingskala bearbeitet werden sollen. (0 = trifft gar nicht zu; 4 = trifft vollkommen zu).

Alle Skalen verfügen über ein hohes Maß an innerer Konsistenz und split-half Reliabilität.

Der Fragebogen zeichnet sich durch seine breitflächige Abdeckung an Parametern zu speziellen psychosozialen Aspekten der Hautwahrnehmung, der Hautzufriedenheit und des Umgangs mit der Haut bei Gesunden wie (Haut)- Kranken aus (Grolle et al.2003; Stangier et al., 2003).

In dieser Studie werden besonders die Subskalen „Scham“ und „Ekel“ berücksichtigt.

#### 4.3 Statistische Auswertung

Die Auswertung erfolgte durch PD Dr. hom. biol. Dipl. Psych. Jörg Kupfer am Institut für klinische Psychologie der Justus- Liebig- Universität Giessen, dem ich an dieser Stelle herzlich danken möchte. Dabei kam das SPSS Programmpaket Version 12.0 zum Einsatz. Die verwendeten statistischen Testverfahren beliefen sich auf die Darstellung von Häufigkeitsauszählungen, Chi<sup>2</sup>- Tests und Varianzanalysen mit Anschluss-tests, Mittelwertsvergleiche und T- Tests für unabhängige Stichproben.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Häufigkeit der KDS in den verschiedenen Settings, Geschlechterverteilung, Partnerschaft, Bildung, Sichtbarkeit des Defekts und Erwerbstätigkeit bei Patienten mit KDS

Zunächst wurde das gesamte Kollektiv ohne Berücksichtigung der Gruppen nach der Häufigkeit der klinischen und subklinischen KDS ermittelt.

Von 213 gültigen Angaben konnten mit Hilfe des Punktesystems des DCQ insgesamt 16 Patienten mit subklinischer KDS und 15 Patienten mit klinischer KDS ermittelt werden.

Laut DCQ haben Patienten mit einem erreichten Punktwert von 11-13 eine subklinische KDS, ab  $\geq 14$  Punkten liegt eine klinische KDS vor (Vgl. Kap. 4.2.1).

Die Verteilung auf die jeweiligen Patientengruppen hinsichtlich der Häufigkeit stellte sich wie folgt dar. (Vgl. Tab. 5.1a und Tab.5.1b)

Tab.5.1a Verteilung der KDS in den verschiedenen Settings

		Psychosomatische Poliklinik N= 65 (m. d. =1)	Dermatologische Poliklinik N= 61	Kosmetische Dermatologie N= 52 (m. d. = 2)	Plastische Chirurgie N= 35 (m. d.= 1)				
OK	A:	54	83%	54	88%	43	82,7%	31	88,6%
	EA:	55,5		52,1		44,4		29,9	
SK	A:	8	12%	3	5%	3	5,7%	2	5,7%
	EA:	4,9		4,6		3,9		2,6	
KK	A:	3	4,6%	4	6,6%	6	11,5%	2	5,7%
	EA:	4,6		4,3		3,7		2,5	
K		11	16,6%	7	11,6%	9	17,2%	4	11,4%

OK= ohne KDS; SK= subklinische KDS; KK= klinischer KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst

m.d.= missing data; A= Anzahl; EA= erwartete Anzahl

Der Chi<sup>2</sup>- Test war hinsichtlich der erwarteten und angegebenen Häufigkeit der KDS in den verschiedenen Gruppen (p= ,514) nicht signifikant.

Bezüglich der Geschlechterverteilung bei klinischer- und subklinischer KDS gab es hingegen signifikante Unterschiede zwischen der tatsächlichen und der erwarteten Anzahl ( $p=,030$ ). Danach kamen mehr Frauen und damit weniger Männer mit klinischer und subklinischer KDS vor als erwartet. Keine signifikanten Unterschiede zwischen erwartetem und tatsächlichem Wert gab es bei den Items der Partnerlosigkeit, Bildung und Erwerbstätigkeit. Auf das Item „Alter“ wird in den folgenden Darstellungen noch Bezug genommen.

Tab.5.1b Verteilung von Geschlecht, Partnerschaft, Bildung, Erwerbstätigkeit und Sichtbarkeit eines Defektes auf die klinischen Gruppen der KDS

			OK	SK	KK	K	Chi <sup>2</sup>
Geschlecht	Frau	Anzahl Erw. Anzahl	111 62,4% 116,9	11 78,6% 9,2	14 93,3% 9,9	25 86,2%	,030
	Mann	Anzahl Erw. Anzahl	67 37,6% 61,1	3 21,4% 4,8	1 6,6% 5,1	4 13,8%	
Partnerschaft	ja	Anzahl Erw. Anzahl	110 63,2% 107,1	9 64% 8,6	6 40% 9,2	15 52%	,203
	nein	Anzahl Erw. Anzahl	64 36,8% 66,9	5 36% 5,4	9 60% 5,8	14 48%	
Bildung	Abitur/ Uni	Anzahl Erw. Anzahl	74 43,7% 72,6	6 42,9% 6,0	5 33,3% 6,4	11 37,9%	,580
	Mittlere Reife	Anzahl Erw. Anzahl	58 34,3% 60,6	7 50% 5,0	6 40% 5,4	13 44,8%	
	Hauptschule/ Ohne Abschluss	Anzahl Erw. Anzahl	37 21,9% 35,8	1 7,1% 3,0	4 26,6% 3,2	5 17,2%	
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig, Wehr- Zivildienst/ Mutterschaftsurlaub	Anzahl	108 62,8%	6 43,7%	7 46,6%	13 44,8%	,484
	In Ausbildung (Beruf/ Studium)	Anzahl	32 18,6%	6 43,7%	4 26,6%	10 34,5%	
	Rente / Pension	Anzahl	14 8,1%	1 7,3%	1 6,6%	2 6,9%	
	Erwerbslos Hausfrau/mann	Anzahl	18 10,5%	1 7,3%	3 20%	4 13,8%	

OK= Patienten ohne KDS; SK= Patienten mit subklinischer KDS; KK Patienten mit klinischer KDS; K= Patienten mit subklinischer und klinischer KDS zusammengefasst

Die Sichtbarkeit des Makels hatte keinen Einfluss auf die subjektive Entstellung ( $p=,160$ ) (s. Tab. 5.1c).

Patienten mit einem sichtbaren Defekt fühlten sich aber entstellter als Patienten, bei denen der Defekt nicht ständig sichtbar war.

Tab. 5.1.c Unterschied der Schwere der subjektiven Entstellung bei sichtbarem und nicht sichtbarem Mangel

		S.E.	Sign. 2- seitig
		M ± s	
Sichtbarkeit	Ja	6,7 ± 3,9	,160
	nein	5,7 ± 4,0	

Tab. 5.1.d Grad der subjektiv Empfundene n Entstellung bei Patienten mit und ohne KDS

	OK M ± s	K M ± s	Sign. 2- seitig
Subjektive Entstellung	2,96 ± 2,1	6,35 ± 1,6	,000

K= Patienten mit subklinischer und klinischer KDS zusammengefasst

## 5.2 Gruppenübergreifende Unterschiede der Patienten ohne KDS, mit subklinischer und klinischer KDS

In diesem Teil werden alle Settings zusammengefasst und alle Patientendaten in die Gruppen „klinische KDS (KK)“, „subklinische KDS (SK)“ und „ohne KDS (OK)“ aufgeteilt. Hierbei geht es um Unterschiede zwischen den Gruppen, hinsichtlich der in der Fragestellung genannten Komorbiditäten. Zur Übersicht vgl. Tab. 5.2.

### 5.2.1 Subjektives Entstellungsgefühl

Die Patientengruppen OK vs. SK. vs. KK unterschieden sich bezüglich der Skala der subjektiven Entstellung signifikant. Patienten ohne KDS fühlen sich signifikant weniger entstellt als die subklinischen und klinischen Patienten. Die subklinischen KDS- Patienten unterscheiden sich von den klinischen Patienten jedoch nicht.

### 5.2.2 Betroffene Körperoberfläche

Auch in der Größe der betroffenen Körperoberfläche unterschieden sich die verschiedenen klinischen Gruppen signifikant. Bei Patienten ohne KDS war signifikant weniger Fläche des Körpers betroffen als von den Patienten mit subklinischer KDS, keinen Unterschied gibt es wieder zwischen den Patienten mit subklinischer KDS und den Patienten mit klinischer KDS. Der Unterschied zwischen Patienten ohne KDS und Patienten mit klinischer KDS ist nur tendenziell signifikant.

### 5.2.3 Alter

Bezüglich des Alters gab es in den Gruppen keinen bedeutenden Unterschied.

#### 5.2.4 HADS

##### Angst und Depression

Die Patienten ohne KDS erreichten auf der Angst- und Depressionsskala des HADS jeweils signifikant niedrigere Punktzahlen. Sie hatten also weniger Angst und Depression, als Patienten mit subklinischer und klinischer KDS. Keinen signifikanten Unterschied gab es zwischen den Patienten mit subklinischer- und klinischer KDS.

#### 5.2.5 Anpassung an das soziale Leben

Patienten ohne KDS hatten in der Anpassung an das soziale Leben keine Einschränkungen, dagegen zeigten Patienten mit subklinischer KDS eine grenzwertige Einschränkung. Dieser Unterschied war signifikant, wohingegen die Unterschiede bei Patienten mit klinischer KDS und subklinischer KDS bzw. bei Patienten ohne KDS und Patienten mit klinischer KDS unbedeutend waren. Hier scheint also die Gruppe der Patienten mit subklinischer KDS die größte Einschränkung zu haben.

#### 5.2.6 Veränderungsstadienskala

##### Fehlendes Problembewusstsein (Precontemplation)

Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede.

##### Nachdenklichkeit (Contemplation)

Patienten ohne KDS erreichten signifikant niedrigere Werte als Patienten mit KDS, klinisch oder subklinisch spielt dabei keine Rolle. Diese beiden Gruppen unterschieden sich untereinander nicht. Patienten mit KDS scheinen also eher darüber nachzudenken, etwas an einem Problem zu verändern.

##### Handlung (Action)

Es fiel auf, dass die Gruppe der Patienten mit KDS signifikant mehr Handlung in der Problemlösung zeigten, als die Gruppen ohne KDS und mit subklinischer KDS. Die Gruppen ohne KDS und mit subklinischer KDS unterschieden sich nicht signifikant. Patienten mit klinischer KDS scheinen also eher aktiv gegen ihr Problem anzugehen als die anderen Gruppen.

### Aufrechterhaltung (Maintainance)

Patienten mit klinischer und subklinischer KDS erreichten signifikant höhere Werte als Patienten ohne KDS. Patienten mit klinischer oder subklinischer KDS unterschieden sich nicht signifikant voneinander. KDS- Patienten scheinen also eher motiviert zu sein, eine durchgemachte Veränderung aufrecht zu erhalten als Patienten ohne KDS.

### 5.2.7 Hautzufriedenheit

Selbstberührung, Elternberührung, Partnerberührung

Zwischen den Gruppen gab es hinsichtlich dieser Skalen keinen nennenswerten Unterschied.

### Ekel

Patienten mit subklinischer KDS erreichten signifikant höhere Werte als Patienten ohne KDS. Es gab keinen Unterschied zwischen den Patienten mit subklinischer und klinischer KDS und zwischen Patienten ohne KDS und klinischer KDS. Patienten mit subklinischer KDS scheinen sich also am meisten zu ekeln. Diese Verteilung liegt am ehesten an der niedrigen Fallzahl von KDS -Patienten.

### Scham

Patienten mit klinischer oder subklinischer KDS hatten signifikant höhere Werte als Patienten ohne KDS. Zwischen Patienten mit subklinischer- und klinischer KDS gab es keinen signifikanten Unterschied. Patienten mit klinischer KDS scheinen am stärksten vom Schamgefühl betroffen zu sein.

Tab. 5.2 Mittelwerte der Variablen in den verschiedenen klinischen Gruppen

	OK n= 162 M ± s	SK n= 11 M ± s	KK n= 14 M ± s	Signifikanz	Größen- zuordnung
Subjektive Entstellung	2,96 ± 2,1	6,72 ± 1,1	6,11 ± 1,8	,000	SK>KK>OK
Betroffene Körperoberfläche	13,60 ± 15,7	30,78 ± 28,8	25,14 ± 23,3	,035	SK>KK>OK
Alter	36,85 ± 11,7	29,80 ± 11,6	19,00 ± 1,7	,377	
Angst	6,97 ± 3,7	11,45 ± 5,7	12,71 ± 4,0	,000	KK, SK>OK
Depression	4,92 ± 3,7	8,82 ± 6,5	9,14 ± 4,7	,000	KK, SK>OK
Einschränkung der sozialen. Aktivität	42,50 ± 7,5	36,09 ± 9,5	38,71 ± 8,1	,009	KK=SK,OK OK>SK
Precontemplation.	2,07 ± 0,6	2,01 ± 0,6	1,34 ± 0,5	,374	
Contemplation.	2,44 ± 1,0	3,22 ± 1,2	3,69 ± 0,7	,000	KK, SK>OK
Action	2,37 ± 0,9	2,58 ± 0,8	3,63 ± 1,0	,000	OK, SK<KK
Maintenance	1,76 ± 0,8	2,72 ± 1,2	3,12 ± 1,1	,000	KK, SK>OK
Selbstberührung	1,82 ± 1,1	1,56 ± 1,0	1,44 ± 1,1	,349	
Elternberührung	2,36 ± 1,1	2,06 ± 1,4	2,29 ± 1,4	,701	
Partnerberührung	2,85 ± 0,7	3,30 ± 0,6	3,07 ± 0,7	,093	
Ekel	2,46 ± 0,9	3,18 ± 0,6	2,79 ± 0,6	,018	KK=SK,OK SK>OK
Scham	1,81 ± 0,9	2,54 ± 1,0	2,88 ± 0,7	,000	KK, SK>OK

OK= ohne KDS; SK= subklinische KDS; KK= klinischer KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst

### 5.3 Unterschiede in den vier verschiedenen Behandlungssettings zwischen Patienten mit und ohne KDS

Zunächst erfolgt zu jedem Unterpunkt die Darstellung der Gruppenübergreifenden Mittelwerte bezogen auf alle Patienten mit oder ohne KDS, und ob diese sich signifikant voneinander unterscheiden. (s. Tab 5.4.B)

Es folgt die Aufteilung der Patienten mit und ohne KDS in die Gruppen der Psychosomatik, der dermatologischen Poliklinik, der kosmetischen Dermatologie und der plastischen Chirurgie.

Hier soll gezeigt werden, ob sich die Patienten der verschiedenen Settings bezüglich der jeweiligen Mittelwerte signifikant unterscheiden, und ob es Interaktionen gibt (s. Tab. 5.3 A).

Patienten mit KDS fühlten sich subjektiv signifikant entstellter als Patienten ohne KDS. Außerdem war bei KDS- Patienten eine größere Körperoberfläche betroffen. Zwischen den verschiedenen Settings und in der Interaktion gab es jeweils keinen signifikanten Unterschied. Das Alter der Patienten war in jeder Hinsicht nicht signifikant. Es gab keine Unterschiede zwischen den Patienten mit oder ohne KDS, in den verschiedenen Settings oder in der Interaktion.

In den Skalen der Angst und Depression gab es hochsignifikante Unterschiede. Dabei erreichen Patienten mit KDS deutlich höhere Werte als Patienten ohne KDS. Die Settings untereinander unterscheiden sich hierbei nur in der Skala der Depression signifikant. Es fiel auf, dass die Gruppe der Psychosomatik allerdings unabhängig von einer KDS die höchsten Werte erreichte. Signifikante Interaktion gab es für beide Skalen nicht.

Bei der Anpassung an das soziale Leben gaben die Patienten mit KDS signifikant niedrigere Werte an, sind also sozial eingeschränkter als Patienten ohne KDS. Allerdings erreichten sie noch nicht den cut- off Wert von  $< 35$ , ab der laut Testinstrument tatsächlich von einer Einschränkung gesprochen werden kann. Auch zwischen den Settings gab es signifikante Unterschiede, die Gruppe der Psychosomatik gab hier die niedrigsten Werte an und war daher an das soziale Leben am schlechtesten angepasst. Die Interaktion war nicht signifikant.

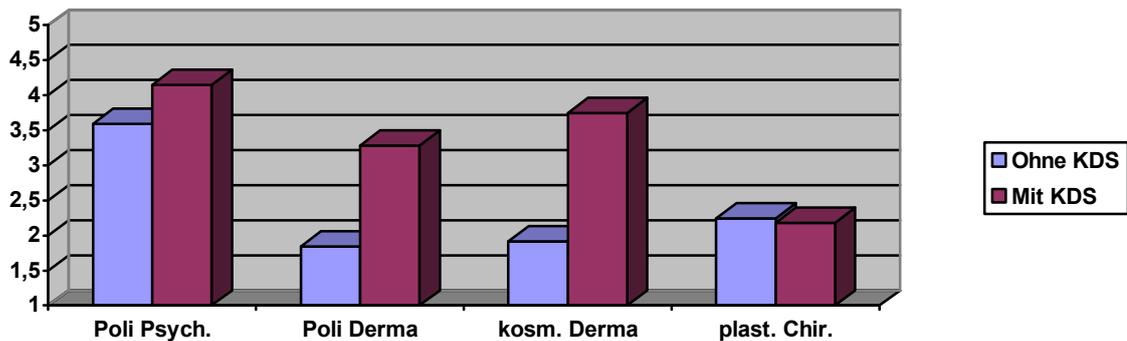
In der Veränderungsstadienskala gab es in der Skala des fehlenden Problembewusstseins keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit oder ohne KDS. Dafür unterschieden sich die verschiedenen Settings. In der Gruppe der Psychosomatik wurden die niedrigsten Werte erreicht. Hier hatten die Patienten scheinbar am meisten Bewusstsein für ihre Probleme und die Idee, dagegen anzugehen. Die Interaktion war nicht signifikant.

In der Skala der Handlung (Action) gaben KDS- Patienten hochsignifikant höhere Werte an als Patienten ohne KDS, sie arbeiten scheinbar eher an einem Problem. Auch die Settings unterschieden sich hier signifikant, die Gruppe der Psychosomatik erreichte hier wieder unabhängig der KDS die höchsten Werte. Einen signifikanten Interaktionseffekt gab es nicht.

In der Skala der Nachdenklichkeit (Contemplation) und in der Skala der Aufrechterhaltung (Maintainance) gaben Patienten mit KDS außer in der plastischen Chirurgie signifikant

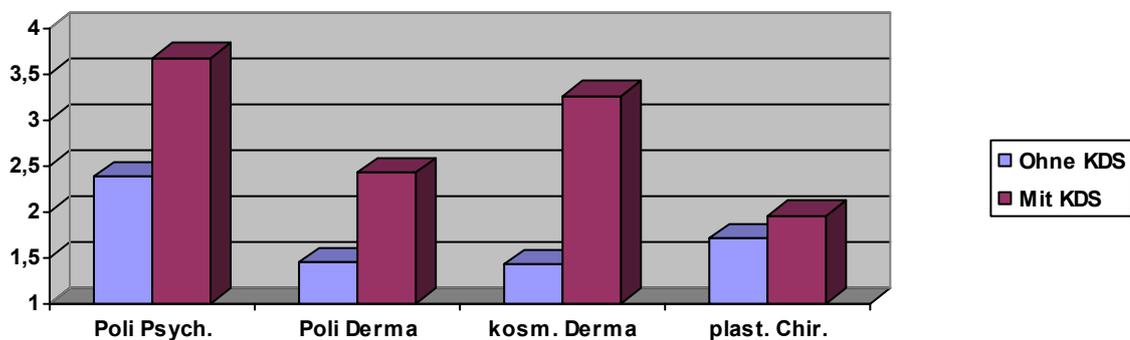
höhere Werte an als Patienten ohne KDS. Die Gruppe der Psychosomatik unterschied sich jeweils von den anderen Gruppen. Es wurden hier unabhängig der KDS die höchsten Werte erreicht. Die Interaktion war ebenfalls in beiden Skalen signifikant. (Contemplation vgl. Abb. A; Maintenance vgl. Abb. B)

Abb. A Interaktion klinisches Setting x KDS bzgl. der Nachdenklichkeit (Contemplation)



x- Achse: Settings unterteilt in Patienten mit und ohne KDS; y- Achse: Werte in der Skala der Nachdenklichkeit (Contemplation)

Abb.B Interaktion klinisches Setting x KDS bzgl. der Aufrechterhaltung (Maintenance)



x- Achse: Settings unterteilt in Patienten mit und ohne KDS; y- Achse: Werte in der Skala der Aufrechterhaltung (Maintenance)

Poli Psych: Psychosomatische Poliklinik; Poli Derma: Dermatologische Poliklinik; Kosm. Derma: Kosmetische Dermatologie;

Plast Chir: Plastische Chirurgie

Im Hautzufriedenheitstest Hautzuf gab es in den Skalen der Selbst- und Elternberührung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit oder ohne KDS.

In der Skala der Partnerberührung verfehlte der Unterschied zwischen Patienten mit und ohne KDS die Signifikanz. Patienten mit KDS gaben geringfügig höhere Werte an als Patienten ohne KDS. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings und in der Interaktion.

In den Skalen Ekel und Scham erreichten Patienten mit KDS wie erwartet signifikant höhere Werte als Patienten ohne KDS.

Zwischen den Settings und in der Interaktion gab es keine signifikanten Unterschiede. In der Skala des Ekels kann man aber zwischen den Settings zumindest einen Trend Richtung signifikantem Unterschied feststellen. Besonders die KDS- Patienten der dermatologischen Poliklinik und der plastischen Chirurgie erreichten etwas höhere Werte als die Patienten der anderen Settings.

Tab.5.3 Teil A

Die KDS in den verschiedenen Settings in Bezug auf die Variablen, dazugehörige Signifikanz bezogen auf die Settings, die klinischen Gruppen und die Interaktionen

	Poliklinik Psychosomatik		Poliklinik Dermatologie		Kosmetische Dermatologie		Plastische Chirurgie		Settings Sign.	OK vs.K Sign.	Interaktio n Sign.
	OK	K	OK	K	OK	K	OK	K			
S.E.	2,17 ± 2,0	6,38 ± 0,7	2,82 ± 2,2	6,40 ± 2,3	3,97 ± 1,9	6,25 ± 2,1	2,57 ± 1,9	6,50 ± 0,7	,513	,000	,361
KOF	11,88 ± 8,7	30,50 ± 19,8	18,13 ± 25,6	39,00 ± 34,3	10,24 ± 11,0	22,63 ± 25,2	16,60 ± 16,6	4,50 ± 0,0	,077	,035	,172
Alter	36,85 ± 11,7	25,75 ± 10,5	37,21 ± 16,4	27,60 ± 10,5	33,45 ± 14,3	33,50 ± 14,7	32,24 ± 13,8	43,50 ± 26,2	,724	,524	,183
Angst	8,19 ± 4,0	13,42 ± 3,3	7,04 ± 3,6	10,85 ± 5,0	5,43 ± 3,3	12,0 ± 6,7	6,96 ± 3,5	12,50 ± 3,3	,222	,000	,662
Depres	7,46 ± 4,4	12,85 ± 4,1	4,23 ± 2,6	6,85 ± 5,7	3,12 ± 2,6	8,0 ± 6,1	4,33 ± 3,4	7,75 ± 3,9	,000	,000	,539
Soz.	38,08 ± 8,1	29,85 ± 5,0	44,39 ± 6,9	43,14 ± 6,4	44,25 ± 5,8	40,28 ± 9,1	44,23 ± 7,1	36,50 ± 8,4	,000	,001	,309
Precon	1,69 ± 0,4	1,71 ± 0,5	2,11 ± 0,5	1,87 ± 0,4	2,28 ± 0,7	2,08 ± 0,7	2,35 ± 0,7	2,04 ± 0,7	,015	,152	,806
Conte.	3,59 ± 0,8	4,15 ± 0,5	1,84 ± 0,6	2,28 ± 0,5	1,92 ± 0,7	3,75 ± 1,0	2,24 ± 0,6	2,18 ± 0,9	,000	,000	,000
Action	2,97 ± 0,8	3,51 ± 1,0	2,00 ± 0,8	3,14 ± 1,0	2,06 ± 1,0	3,17 ± 0,9	2,38 ± 0,8	2,59 ± 1,6	,013	,000	,269
Maint.	2,38 ± 1,0	3,67 ± 1,0	1,45 ± 0,5	3,42 ± 0,9	1,43 ± 0,6	3,26 ± 1,1	1,71 ± 0,6	1,96 ± 1,1	,000	,000	,019
Selbst	1,64 ± 1,1	1,16 ± 1,0	1,78 ± 1,2	2,21 ± 1,3	2,09 ± 0,9	1,21 ± 0,9	1,80 ± 1,0	1,29 ± 1,0	,265	,126	,184
Eltern	2,09 ± 1,2	1,88 ± 1,2	2,34 ± 1,2	2,73 ± 1,5	2,63 ± 1,1	1,95 ± 1,4	2,45 ± 1,1	2,16 ± 1,7	,431	,444	,464
Partne	2,94 ± 0,7	3,28 ± 0,6	2,76 ± 0,7	3,35 ± 0,7	2,72 ± 0,7	3,11 ± 0,5	3,01 ± 0,8	2,74 ± 0,9	,688	,100	,354
Ekel	2,02 ± 0,9	2,69 ± 0,7	2,82 ± 0,9	2,83 ± 0,4	2,51 ± 0,8	3,00 ± 0,7	2,52 ± 0,8	3,58 ± 0,4	,065	,003	,264
Scham	1,95 ± 0,9	2,90 ± 0,9	1,53 ± 0,8	2,83 ± 0,7	1,76 ± 1,0	2,83 ± 0,9	2,07 ± 0,9	2,08 ± 1,0	,631	,000	,158

OK= ohne KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst, Sign. = Signifikanz

Tab.5.3 Teil B

Darstellung aller Patienten mit und ohne KDS in Bezug auf die Variablen und Mittelwerte aller Patienten unabhängig einer KDS in den verschiedenen Settings (vgl. Tab. 5.4 Teil A: OK vs. K Sign.)

	OK n=162 M ± s	K n=25 M ± s	Psycho- somatische Poliklinik n= 54 M ± s	Dermato- logische Poliklinik n= 53 M ± s	Kosmetische Dermatologie n=46 M ± s	Plastische Chirurgie n= 36 M ± s
Subjektive Entstehung	2,96 ± 2,1	6,35 ± 1,6	3,16 ± 2,6	3,56 ± 2,6	4,44 ± 2,1	2,91 ± 2,1
Betroffene Körperoberfläche	13,60 ± 15,7	27,35 ± 25,1	16,26 ± 14,3	22,48 ± 28,1	12,78 ± 15,4	15,54 ± 16,2
Alter	34,84 ± 13,9	30,39 ± 31,5	34,24 ± 12,3	35,21 ± 15,6	33,46 ± 14,2	33,22 ± 14,7
Angst	6,97 ± 3,7	12,16 ± 4,7	8,87 ± 4,3	7,55 ± 4,0	6,43 ± 4,6	7,62 ± 3,8
Depression	4,92 ± 3,7	9,00 ± 5,5	8,16 ± 4,7	4,58 ± 3,2	3,86 ± 3,7	4,73 ± 3,6
Einschränkung der sozialen Aktivität	42,50 ± 7,5	37,56 ± 8,6	37,02 ± 8,2	44,23 ± 6,8	43,65 ± 6,4	43,32 ± 7,6
Precontemplation	2,07 ± 0,6	1,91 ± 0,5	1,69 ± 0,4	2,08 ± 0,5	2,26 ± 0,6	2,31 ± 0,6
Contemplation	2,44 ± 1,0	3,48 ± 1,0	3,67 ± 0,8	2,04 ± 0,8	2,19 ± 1,0	2,24 ± 0,6
Action	2,37 ± 0,9	3,17 ± 1,0	3,05 ± 0,8	2,16 ± 0,9	2,24 ± 1,0	2,41 ± 0,9
Maintainance	1,76 ± 0,8	2,94 ± 1,1	2,55 ± 1,0	1,58 ± 0,6	1,71 ± 0,9	1,75 ± 0,6
Selbstberührung	1,82 ± 1,1	1,49 ± 1,1	1,58 ± 1,1	1,84 ± 1,3	1,97 ± 1,0	1,75 ± 1,0
Elternberührung	2,36 ± 1,1	2,18 ± 1,4	2,07 ± 1,1	2,40 ± 1,2	2,53 ± 1,1	2,42 ± 1,1
Partnerberührung	2,85 ± 0,7	3,17 ± 0,6	3,00 ± 0,7	2,84 ± 0,7	2,79 ± 0,7	2,98 ± 0,8
Ekel	2,46 ± 0,9	2,96 ± 0,6	2,11 ± 0,9	2,83 ± 0,8	2,59 ± 0,8	2,65 ± 0,9
Scham	1,81 ± 0,9	2,73 ± 0,8	2,08 ± 0,9	1,70 ± 0,9	1,93 ± 1,0	2,08 ± 0,9

OK= ohne KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst

## 5.4 Patienten mit oder ohne KDS im Vergleich in den klinischen Settings bezogen auf die KDS assoziierten Krankheitsbilder bzw Phänomene

In den einzelnen Settings werden die Unterschiede in den Gruppen der Patienten mit und ohne KDS verglichen. Vgl. Tab. 5.4. 1-4

In der subjektiven Entstellung gaben die Patienten mit KDS in der Psychosomatik, der dermatologischen Poliklinik und der kosmetischen Dermatologie signifikant höhere Werte an als Patienten ohne KDS. Keinen Unterschied gab es in der plastischen Chirurgie.

KDS- Patienten der Psychosomatik gaben auch eine signifikant größere betroffene Körperoberfläche an als Patienten ohne KDS. In den anderen Gruppen gab es hier keinen Unterschied.

Auffällig war, dass nur die Patienten mit KDS in der Psychosomatik und in der dermatologischen Poliklinik signifikant jünger waren als die Patienten ohne KDS.

In den Skalen der Angst und der Depression gaben die Patienten mit KDS in allen Settings höhere Werte an als Patienten ohne KDS, wobei die Signifikanz bei der Depression in der plastischen Chirurgie und in der dermatologischen Poliklinik nur grenzwertig war.

Bei der Anpassung an das soziale Leben schienen die Patienten mit KDS nur in der Psychosomatik und in der plastischen Chirurgie eingeschränkt zu sein, sie gaben im Vergleich die niedrigeren Werte an. In der Skala der Veränderungsstadien zeigte sich bei allen Settings im fehlenden Problembewusstsein (Precontemplation) keine signifikanten Unterschiede zwischen in den klinischen Gruppen. Hingegen gaben KDS- Patienten bei der Nachdenklichkeit (Contemplation), Handlung (Action), Aufrechterhaltung (Maintainance) in allen Settings außer in der plastischen Chirurgie einen signifikant höheren Wert an, als die Patienten ohne KDS. Betrachtet man den Hautzufriedenheitstest Hautzuf so stellt man fest, dass nur KDS- Patienten der kosmetischen Dermatologie bei der Skala der Selbstberührung signifikant niedrigere Werte angaben als Patienten ohne KDS. In der Skala der Elternberührung gab es in keinem der Settings signifikante Unterschiede. In Bezug auf den Ekel und in der Partnerberührung, gab es nur in der plastischen Chirurgie signifikante Unterschiede, wobei die KDS- Patienten bei Ekel höhere Werte, und in der Partnerberührung niedrigere Werte angaben als Patienten ohne KDS. In der dermatologischen Poliklinik war der Unterschied in der Partnerberührung nur tendenziell signifikant. Bei dem Item „Scham“ verhielt es sich umgekehrt. In allen Settings außer in der plastischen Chirurgie gaben die Patienten mit KDS signifikant höhere Werte an, als Patienten ohne KDS.

Tab.5.4. Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne KDS bezogen auf die assoziierten Krankheitsbilder bzw. Phänomene in den verschiedenen Settings

5.4.1. Psychosomatische Poliklinik

	OK N	M	s	K N	M	s	Sig. ( 2 – seitig )
Subjektive Entstellung	52	1,38	± 1,9	10	5,50	± 2,1	,000
Betroffene Körperoberfläche	28	13,93	± 14,2	9	31,11	± 18,6	,006
Angst	54	8,26	± 3,9	11	12,18	± 3,4	,003
Depression	54	7,46	± 4,4	9	11,89	± 4,0	,007
Einschränkung der sozialen Aktivität	53	38,57	± 8,3	11	31,73	± 4,9	,001
Precontemplation	53	1,70	± 0,4	10	1,69	± 0,5	,964
Contemplation	53	3,52	± 0,8	11	4,15	± 0,6	,023
Action	53	2,95	± 0,8	11	3,50	± 0,8	,040
Maintainance	52	2,41	± 1,0	11	3,35	± 1,0	,006
Selbstberührung	54	1,60	± 1,1	9	1,28	± 0,8	,401
Elternberührung	53	2,01	± 1,2	9	1,85	± 1,1	,712
Partnerberührung	52	2,93	± 0,8	8	3,17	± 0,6	,433
Ekel	52	2,09	± 0,9	10	2,46	± 0,8	,213
Scham	52	1,88	± 0,9	10	2,81	± 1,0	,003
Alter	51	38,25	± 12,6	9	27,00	± 10,5	,014

OK= ohne KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst

Tab.5.4.2 Dermatologische Poliklinik

	OK N	M	s	K N	M	s	Sig. ( 2 – seitig )
Subjektive Entstellung	54	2,05	± 2,2	7	5,43	± 2,8	,000
Betroffene Körperoberfläche	26	18,73	± 27,7	6	37,33	± 30,9	,157
Angst	54	7,20	± 3,6	7	10,86	± 5,0	,019
Depression	54	4,39	± 2,9	7	6,86	± 5,7	,064
Einschränkung der sozialen Aktivität	53	44,53	± 6,6	7	43,10	± 6,5	,603
Precontemplation	52	2,11	± 0,5	7	1,88	± 0,4	,269
Contemplation	52	1,85	± 0,6	7	3,29	± 0,5	,000
Action	52	2,00	± 0,8	7	3,14	± 0,9	,001
Maintainance	52	1,45	± 0,5	7	2,43	± 0,9	,000
Selbstberührung	49	1,70	± 1,3	7	2,21	± 1,3	,322
Elternberührung	49	2,32	± 1,2	7	2,74	± 1,5	,413
Partnerberühr.	47	2,78	± 0,7	7	3,36	± 0,7	,052
Ekel	50	2,81	± 0,8	7	2,83	± 0,4	,941
Scham	49	1,57	± 0,8	7	2,83	± 0,7	,000
Alter	45	42,53	± 17,1	6	28,50	± 9,6	,014

OK= ohne KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst

Tab. 5.4.3 Kosmetische Dermatologie

	OK			K			Sig. ( 2 – seitig )
	N	M	s	N	M	s	
Subjektive Entstellung	42	3,62	± 2,0	9	6,11	± 2,0	,001
Betroffene Körperoberfläche	37	10,21	± 10,1	9	21,11	± 24,0	,217
Angst	43	5,63	± 3,4	9	12,67	± 6,1	,000
Depression	43	3,37	± 2,9	9	7,89	± 5,6	,043
Einschränkung der sozialen Aktivität	41	44,07	± 6,1	7	40,29	± 9,1	,163
Precontemplation	43	2,31	± 0,6	8	2,11	± 0,7	,432
Contemplation	43	1,99	± 0,8	8	3,75	± 1,0	,000
Action	43	2,13	± 0,9	8	3,17	± 0,8	,005
Maintainance	42	1,53	± 0,7	8	3,16	± 1,1	,000
Selbstberührung	43	2,02	± 0,9	8	1,15	± 0,8	,014
Elternberührung	43	2,52	± 1,1	8	2,08	± 1,3	,324
Partnerberührung	42	2,70	± 0,7	8	3,00	± 0,6	,261
Ekel	43	2,51	± 0,8	8	2,98	± 0,6	,129
Scham	43	1,79	± 1,0	8	2,90	± 0,9	,004
Alter	36	34,00	± 14,2	8	33,50	± 14,7	,929

OK= ohne KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst

Tab. 5.4.4 Plastische Chirurgie

	OK			K			Sig. ( 2 – seitig )
	N	M	s	N	M	s	
Subjektive Entstellung	30	2,63	± 2,1	4	3,75	± 3,3	,353
Betroffene Körperoberfläche	22	16,45	± 16,2	3	9,00	± 7,8	,447
Angst	31	6,84	± 3,5	4	12,50	± 3,3	,004
Depression	31	4,23	± 3,4	4	7,75	± 3,9	,065
Einschränkung der sozialen Aktivität.	31	44,42	± 7,1	4	36,50	± 8,4	,047
Precontemplation	31	2,40	± 0,7	4	2,04	± 0,7	,375
Contemplation	31	2,22	± 0,6	4	2,19	± 0,9	,922
Action	31	2,42	± 0,8	4	2,59	± 1,6	,720
Maintainance	30	1,72	± 0,6	4	1,97	± 1,1	,488
Selbstberührung	31	1,83	± 1,0	4	1,29	± 1,0	,319
Elternberührung	31	2,49	± 1,0	4	2,17	± 1,7	,592
Partnerberührung	31	2,98	± 0,8	4	2,74	± 0,9	,585
Ekel	31	2,54	± 0,8	4	3,58	± 0,4	,022
Scham	31	2,03	± 0,9	4	2,08	± 1,0	,916
Alter	30	34,50	± 13,7	4	35,00	± 23,6	,955

OK= ohne KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst

## 5.5 Unterschiede in den verschiedenen Settings und klinischen Gruppen der KDS in Bezug auf die Angst, Depression und Einschränkung der sozialen Aktivität

Die folgenden Tabellen in 6.5.1 a-d zeigen die Verteilung der Angst, Depression und die Einschränkung der sozialen Aktivität in den verschiedenen Settings ohne Berücksichtigung einer KDS. Ab einem Wert von  $\geq 11$  in der Angst- und Depressionsskala haben die Patienten definitionsgemäß Angst oder Depression. Patienten die im SASS Werte  $\leq 35$  erreichten, haben eine Beeinträchtigung in der sozialen Aktivität, Werte  $\leq 25$  weisen auf eine starke Beeinträchtigung hin. Tabelle 6.5.1c zeigt noch die Verteilung der Einschränkung der sozialen Aktivität unterteilt in die Gruppen „beeinträchtigt“ und „stark beeinträchtigt“.

Aufgrund der niedrigen Fallzahlen wurden die Gruppen in den weiteren Darstellungen „beeinträchtigte soziale Aktivität“ und „stark beeinträchtigte soziale Beeinträchtigung“ zusammengefasst (vgl. Tab. 6.5.1.d).

In der psychosomatischen Poliklinik hatten insgesamt mehr Patienten Angst, Depression und Beeinträchtigung der sozialen Aktivität als erwartet, in den anderen Settings waren es jeweils etwas weniger als erwartet. Nur in der plastischen Chirurgie entsprach – allerdings nur in Bezug auf die Depression - die erwartete der tatsächlichen Patienten-Anzahl.

Tab. 5.5.1 Verteilung der Angst, Depression und Einschränkung der sozialen Aktivität in den verschiedenen Settings

a)

			Psychosomatische Poliklinik	Dermatologische Poliklinik	Kosmetische Dermatologie	Plastische Chirurgie	Chi <sup>2</sup>
Angst	nein	Anzahl	36 (54%)	43 (70%)	41 (79%)	26 (72%)	,061
		Erw. Anzahl	44,4	41,0	36,3	24,2	
	ja	Anzahl	30 (46%)	18 (30%)	13 (21%)	10 (28%)	
		Erw. Anzahl	21,6	20,0	17,7	11,8	

Psychosomatische Poliklinik: n = 66, Dermatologische Poliklinik: n = 61, Kosmetische Dermatologie: n = 52, Plastische Chirurgie: n = 36

b)

			Psychosomatische Poliklinik	Dermatologische Poliklinik	Kosmetische Dermatologie	Plastische Chirurgie	Chi <sup>2</sup>
Depression	nein	Anzahl	31 (49%)	53 (87%)	45 (83%)	26 (72%)	,000
		Erw. Anzahl	46,1	44	38,9	26,0	
	ja	Anzahl	33 (51%)	8 (13%)	9 (17%)	10 (28%)	
		Erw. Anzahl	17,9	17,0	15,1	10,0	

Psychosomatische Poliklinik: n = 64, Dermatologische Poliklinik: n = 61, Kosmetische Dermatologie: n = 54, Plastische Chirurgie: n = 36

c)

		Psychosomatische Poliklinik	Dermatologische Poliklinik	Kosmetische Dermatologie	Plastische Chirurgie
Soziale Einschränkung	nein	39 (60%)	56 (93,3%)	44 (88%)	30 (83,3%)
	beeinträchtigt	22 (33,8%)	4 (6,7%)	6 (12%)	6 (16,7%)
	stark beeinträchtigt	4 (6,2%)			

Psychosomatische Poliklinik: n = 65, Dermatologische Poliklinik: n = 60, Kosmetische Dermatologie: n = 50, Plastische Chirurgie: n = 36

d)

			Psychosomatische Poliklinik	Dermatologische Poliklinik	Kosmetische Dermatologie	Plastische Chirurgie	Chi <sup>2</sup>
Soziale Einschränkung	nein	Anzahl	39 (60%)	56 (93,3%)	44 (83,3%)	30 (88%)	,000
		Erw. Anzahl	52,1	48,1	40,0	28,8	
	ja	Anzahl	26 (40%)	4 (6,6%)	6 (16,7%)	6 (12%)	
		Erw. Anzahl	12,9	11,9	9,0	7,2	

Psychosomatische Poliklinik: n = 65, Dermatologische Poliklinik: n = 60, Kosmetische Poliklinik: n = 50, Plastische Chirurgie: n = 36

Weiterführend geht es um die Darstellung der Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne KDS, unabhängig der Settings bezüglich der Angst, Depression und Einschränkung der sozialen Aktivität (vgl. Tab. 5.5.2).

In Bezug auf die Angstskaala des HADS konnten 213 Fragebögen ausgewertet werden, bei der Depression 217 Fragebögen und bei der Einschränkung der sozialen Aktivität 207 Fragebögen. Es zeigte sich in allen drei Variablen, dass die KDS- Patienten häufiger die jeweilige Komorbidität aufwiesen als erwartet, was jeweils hochsignifikant war. Außerdem hatten mehr Patienten ohne KDS als statistisch zu erwarten keine der Komorbiditäten.

Der Chi<sup>2</sup>- Test ist signifikant (p= ,001)

Tab.5.5.2 Angst, Depression und Soziale Einschränkung in Bezug auf die KDS

			OK	K	Chi <sup>2</sup>
Angst	nein	Anzahl	135 (74%)	8 (26%)	,000
		Erw. Anzahl	122,2	20,8	
	ja	Anzahl	47 (26%)	23 (74%)	
		Erw. Anzahl	59,8	10,2	
Gesamt			182	31	
Depression	nein	Anzahl	142 (62%)	11 (48%)	,000
		Erw. Anzahl	132,0	21,0	
	ja	Anzahl	40 (38%)	18 (51%)	
		Erw. Anzahl	50,0	8,0	
Gesamt			182	29	
Einschränkung der sozialen Aktivität	nein	Anzahl	150 (84%)	16 (55%)	,001
		Erw. Anzahl	142,7	23	
	ja	Anzahl	28 (16%)	13 (45%)	
		Erw. Anzahl	35,3	5,7	
Gesamt			178	29	

OK= ohne KDS; K= subklinische+ klinische KDS zusammengefasst

## 5.6 Zusammenhänge zwischen den Patienten der verschiedenen Settings mit und ohne KDS bezüglich der Angst, Depression und der Einschränkung der sozialen Aktivität

Vgl Tab. 5.6 1-3

In der psychosomatischen Poliklinik waren grenzwertig signifikant mehr Patienten von Angst betroffen als erwartet. Bei der Depression und der Einschränkung der sozialen Aktivität verhielt es sich ebenso, die Unterschiede zwischen erwarteter und eingetretener Anzahl waren deutlich signifikant

In der dermatologischen Poliklinik gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen erwarteter und eingetretener Anzahl.

Bei den Patienten der kosmetischen Dermatologie fiel auf, dass auch hier signifikant mehr KDS Patienten mit Angst und Depression belastet sind. Der Unterschied war aber in Bezug auf die Einschränkung der sozialen Aktivität nicht signifikant.

In der plastischen Chirurgie zeigte sich, dass unter den KDS Patienten signifikant mehr Patienten Angst hatten als erwartet und grenzwertig signifikant mehr Patienten mit KDS eine

Einschränkung der sozialen Aktivität hatten. Bezüglich der Depression wurde das Gegenteil beobachtet, signifikant weniger KDS Patienten als erwartet hatten eine Depression.

Tab. 5.6.1 Verteilung der Angst, Depression und Beeinträchtigung der sozialen Aktivität in der psychosomatischen Poliklinik in Bezug auf Patienten mit oder ohne KDS

				OK	K	Chi <sup>2</sup>
Psychosomatische Poliklinik	Angst	nein	Anzahl	32	3	,052
			Erw. Anzahl	29,1	5,9	
		ja	Anzahl	22	8	
			Erw. Anzahl	24,9	5,1	
	Depression	nein	Anzahl	30	1	,014
			Erw. Anzahl	26,6	4,4	
	ja	Anzahl	24	8		
		Erw. Anzahl	27,4	4,6		
Soziale Einschränkung	nein	Anzahl	36	3	,012	
		Erw. Anzahl	32,3	6,7		
	ja	Anzahl	17	8		
		Erw. Anzahl	20,7	4,3		

Tab 5.6.2 Verteilung der Angst, Depression und Beeinträchtigung der sozialen Aktivität in der dermatologischen Poliklinik in Bezug auf Patienten mit oder ohne KDS

				OK	K	Chi <sup>2</sup>
Dermatologische Poliklinik	Angst	nein	Anzahl	40	3	,088
			Erw. Anzahl	38,1	4,9	
		ja	Anzahl	14	4	
			Erw. Anzahl	15,9	2,1	
	Depression	nein	Anzahl	48	5	,198
			Erw. Anzahl	46,9	6,1	
	ja	Anzahl	6	2		
		Erw. Anzahl	7,1	0,9		
Soziale Einschränkung	nein	Anzahl	50	6	,390	
		Erw. Anzahl	49,5	6,5		
	ja	Anzahl	3	1		
		Erw. Anzahl	3,5	5		

Psychosomatische Poliklinik: n = 63, Dermatologische Poliklinik: n = 61, Kosmetische Dermatologie: n = 52, Plastische Chirurgie: n = 35

Tab. 5.6.3 Verteilung der Angst, Depression und Beeinträchtigung der sozialen Aktivität in der kosmetischen Dermatologie in Bezug auf Patienten mit oder ohne KDS

				OK	K	Chi <sup>2</sup>
Kosmetische Dermatologie	Angst	nein	Anzahl Erw. Anzahl	38 32,2	1 6,8	,000
		ja	Anzahl Erw. Anzahl	5 10,8	8 2,2	
	Depression	nein	Anzahl Erw. Anzahl	39 35,6	4 7,4	,001
		ja	Anzahl Erw. Anzahl	4 7,4	5 1,6	
	Soziale Einschränkung	nein	Anzahl Erw. Anzahl	37 35,9	5 6,1	,164
		ja	Anzahl Erw. Anzahl	4 5,1	2 0,9	

Tab. 5.6.4 Verteilung der Angst, Depression und Beeinträchtigung der sozialen Aktivität in der plastischen Chirurgie in Bezug auf Patienten mit oder ohne KDS

				OK	K	Chi <sup>2</sup>
Plastische Chirurgie	Angst	nein	Anzahl Erw. Anzahl	25 23,0	1 3,0	,017
		ja	Anzahl Erw. Anzahl	6 8,0	3 1,0	
	Depression	nein	Anzahl Erw. Anzahl	25 23,0	1 3,0	,017
		ja	Anzahl Erw. Anzahl	6 8,0	3 1,0	
	Soziale Einschränkung	nein	Anzahl Erw. Anzahl	27 25,7	2 3,3	,064
		ja	Anzahl Erw. Anzahl	4 5,3	2 0,7	

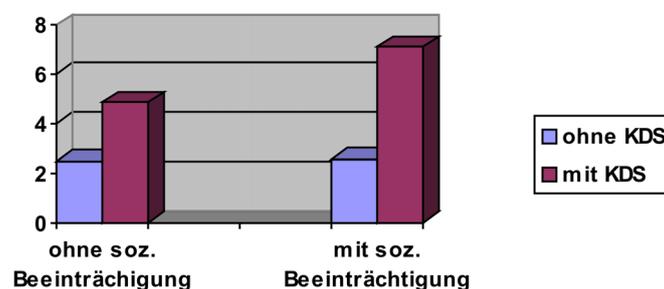
## 5.7 Vergleich der Patienten mit und ohne KDS und Einschränkung der sozialen Aktivität in Bezug auf die verschiedenen KDS-assoziierten Krankheitsbilder bzw. Erscheinungen

Die Einschränkung der sozialen Aktivität in Zusammenhang mit der KDS wird hier wegen der hohen in der Literatur gefundenen Komorbidität (Gieler, 1997) noch detaillierter vorgestellt.

Dabei ist von Interesse, ob sich unter den verschiedenen Gruppen signifikante Unterschiede in den KDS Gruppen in Abhängigkeit von der sozialen Aktivität und der Interaktion ergeben.

In der Skala der subjektiven Entstellung erreichten Patienten mit KDS unabhängig der sozialen Beeinträchtigung signifikant höhere Werte als Patienten ohne KDS. Die Werte der Patienten mit Einschränkung der sozialen Aktivität fielen unabhängig einer KDS außerdem insgesamt signifikant höher aus als bei den Patienten ohne soziale Beeinträchtigung. Die Interaktion war ebenfalls signifikant. Es zeigte sich, dass bei Patienten mit sozialer Einschränkung der Unterschied bei Patienten OK vs. K deutlich größer war als bei den Patienten ohne soziale Einschränkung. Patienten mit KDS und gleichzeitiger sozialer Einschränkung fühlten sich also am meisten entstellt. Vgl. Abb C

Abb. C Interaktion soziale Einschränkung x KDS bzgl. der subjektiv empfundenen Entstellung



x- Achse: Patienten mit und ohne Beeinträchtigung der sozialen Aktivität

y- Achse: Werte in der Skala der subjektiv empfundenen Entstellung

Auf der Angst- und Depressionsskala des HADS gaben die Patienten mit KDS unabhängig einer sozialen Beeinträchtigung bei beiden Variablen signifikant höhere Werte an als

Patienten ohne KDS, bei Patienten mit einer sozialen Beeinträchtigung unabhängig einer KDS verhielt sich das ebenso. Die Interaktion war nicht signifikant.

Im VSS gab es auf der Skala des fehlenden Problembewusstseins (Precontemplation) weder zwischen Patienten mit und ohne KDS noch bei Patienten mit und ohne soziale Beeinträchtigung signifikante Unterschiede.

Bei der Nachdenklichkeit (Contemplation) gaben einmal mehr die Patienten mit KDS signifikant höhere Werte an als die Patienten ohne KDS. Das gilt auch für Patienten mit einer sozialen Beeinträchtigung unabhängig einer KDS. Die Interaktion wurde nicht signifikant.

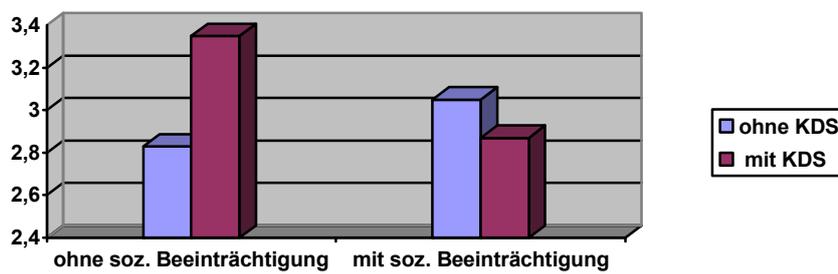
Auf der Skala der Handlung (Action) gaben wieder die KDS Patienten signifikant höhere Werte an als Patienten ohne KDS unabhängig der sozialen Einschränkung. Zwischen den Patienten mit und ohne sozialer Beeinträchtigung gab es keine signifikanten Unterschiede, ebenso wenig in der Interaktion.

In der Aufrechterhaltung (Maintainance) gaben Patienten mit KDS wieder signifikant höhere Werte an als Patienten ohne KDS. Dieser Unterschied war analog auch zwischen den Patienten mit und ohne sozialer Beeinträchtigung signifikant Die Interaktion war nicht signifikant.

Im HautZuf gab es in der Selbstberührungs- und in der Elternberührungsskala keinen signifikanten Unterschied bei den Patienten mit und ohne KDS, aber Patienten mit sozialer Beeinträchtigung gaben hier signifikant niedrigere Werte an als Patienten ohne soziale Beeinträchtigung. Die Interaktionen waren hier nicht signifikant.

Bei der Partnerberührung wurde nur die Interaktion grenzwertig signifikant (Vgl. Abb D), aber weder die Unterschiede zwischen den Gruppen ohne KDS vs. mit KDS noch die Patienten mit oder ohne Beeinträchtigung der sozialen Aktivität wurde signifikant. Patienten mit KDS aber mit weniger sozialer Einschränkung scheinen mehr Partnerberührung zu haben als Patienten mit sozialer Einschränkung und KDS.

Abb. D Interaktion soziale Einschränkung x KDS bzgl. der Partnerberührung



x- Achse: Patienten mit und ohne Beeinträchtigung der sozialen Beeinträchtigung

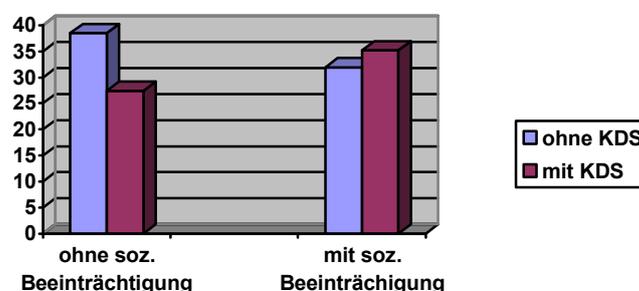
y- Achse: Werte der Skala „Partnerberührung“

In der Variable Ekel gaben nur die KDS- Patienten einen signifikant höheren Wert an als Patienten ohne KDS. Bei den Patienten ohne oder mit sozialer Einschränkung gab es keinen signifikanten Unterschied, auch nicht in der Interaktion.

In der Scham-Skala gab es bei beiden Konstellationen signifikante Unterschiede, wobei die jeweils von einer Komorbidität betroffenen Gruppe die höheren Werte angab. Die Interaktion wurde nicht signifikant.

Beim Alter gab es weder zwischen den Patienten mit und ohne KDS, noch bei den Patienten mit und ohne sozialer Einschränkung einen signifikanten Unterschied, wohl aber in der Interaktion (vgl. Abb. E). Bei den Patienten, die weniger sozial beeinträchtigt waren, stellte sich heraus, dass die Patienten ohne KDS älter waren als die Patienten mit KDS. Bei den Patienten mit sozialer Beeinträchtigung waren die Patienten mit KDS älter.

Abb. E Interaktion soziale Einschränkung x KDS bzgl. des Alters



x- Achse: Patienten mit und ohne Beeinträchtigung der sozialen Beeinträchtigung

y- Achse: Alter der Patienten

Tab 5.7 Darstellung der KDS in Bezug auf die Einschränkung der sozialen Aktivität in den verschiedenen Komorbiditäten und Phänomenen

OK= ohne KDS; K= mit KDS; OSASS= ohne soziale Einschränkung; SASS= mit sozialer Einschränkung

	Keine Einschränkung des Sozialen Lebens		Einschränkung des Sozialen Lebens		Ok vs K (Sig.)	OSASS vs SASS (Sig.)	Interaktion (Sig.)
	OK N = 123 M s	K N = 13 M s	OK N = 22 M s	K N = 9 M s			
Subjektive Einstellung	2,46 ± 2,2	4,48 ± 2,4	2,57 ± 2,3	7,11 ± 1,5	,000	,029	,046
Alter	38,46 ± 14,9	27,38 ± 12,2	31,95 ± 11,2	35,11 ± 15,3	,264	,863	,046
Angst	6,50 ± 3,6	10,07 ± 4,6	9,09 ± 3,5	15,44 ± 3,5	,000	,000	,122
Depression	4,26 ± 3,2	6,07 ± 3,4	8,86 ± 4,6	13,44 ± 5,5	,000	,000	,116
Precontemplation	2,12 ± 0,6	1,98 ± 0,7	1,95 ± 0,7	1,87 ± 0,4	,468	,369	,848
Contemplation	2,32 ± 1,0	3,28 ± 1,0	3,26 ± 1,0	3,91 ± 0,9	,001	,001	,503
Action	2,33 ± 0,9	3,37 ± 1,2	2,76 ± 0,6	3,06 ± 0,8	,003	,777	,104
Maintainance	1,69 ± 0,8	2,61 ± 1,2	2,31 ± 0,7	3,48 ± 1,0	,000	,001	,546
Selbstberührung	1,88 ± 1,1	1,91 ± 1,0	1,48 ± 1,0	0,92 ± 1,1	,311	,009	,261
Elternberührung	2,44 ± 1,1	2,59 ± 1,3	2,07 ± 1,2	1,59 ± 1,2	,549	,017	,271
Partnerberührung	2,83 ± 0,7	3,35 ± 0,4	3,05 ± 0,6	2,87 ± 0,8	,349	,457	,052
Ekel	2,51 ± 0,9	2,96 ± 0,7	2,07 ± 0,7	2,88 ± 0,6	,003	,220	,378
Scham	1,71 ± 0,9	2,55 ± 0,9	2,28 ± 0,6	2,94 ± 0,8	,001	,026	,680

## 6. Diskussion

### Zur Datenerhebung

Die Datenerhebung fand von April 2005 bis April 2006 statt. In der psychosomatischen Poliklinik wird standardmäßig mit Fragebögen gearbeitet, und alle Patienten, die zum Ausfüllen von Fragebögen sprachlich und geistig in der Lage waren, erhielten damit auch einen Fragebogen zu dieser Studie. In der dermatologischen Poliklinik und in der kosmetischen Dermatologie wurde die Verteilung der Fragebögen von der Studienleiterin selbst vorgenommen. In der dermatologischen Poliklinik wurden die Fragebögen gut akzeptiert und als willkommene Wartezeitverkürzung genutzt. Die Patienten der kosmetischen Dermatologie waren deutlich schwerer zu motivieren, viele wollten den Fragebogen lieber zuhause bearbeiten, was auch gewährt wurde. Es kamen hier häufiger Nachfragen über den Zweck der Befragung. In der plastischen Chirurgie wurden die Fragebögen von Herrn Dr. Wagner selbst ausgeteilt, an manchen Tagen war die Studienleiterin anwesend. Auch hier zeigte sich, dass die Patienten weniger spontan reagierten. Viele wollten die Fragebögen mit nach Hause nehmen. Dadurch dass die Patienten hier nur in einem relativ kurzen Zeitraum zur Konsultation kamen, erklärt sich auch die niedrige Rücklaufquote, das Ausfüllen der Fragebögen wurde im häuslichen Bereich trotz Nacherhebung aus den Augen verloren.

In der Auswertung waren DCQ, HADS, SASS und HautZuf im Zusammenhang der KDS gut zu interpretieren. Problematisch war die Interpretation der VSS. Der VSS wurde bislang bei alkoholkranken Menschen eingesetzt, um deren Motivation zu einer psychologisch-psychiatrischen Behandlung zu überprüfen (Heidenreich 2000). Dabei wird als erste Stufe das Bewusstsein für ein bestimmtes Problem erfragt. Je höher die Werte hier sind, desto weniger ist das Problem in das Bewusstsein getreten, und desto weniger besteht damit auch die Motivation, etwas zu ändern. Die Fragestellung impliziert insgesamt die Betrachtung von psychologischen und nicht somatischen Problemen. Das Problem hier war, dass zum einen weniger als die Hälfte der Patienten Angaben über ihre Erkrankung machten und bei denen, die den Grund der Arztkonsultation nannten, standen vor allem somatische Probleme im Vordergrund (Akne, Psoriasis). Auch die Patienten, die laut DCQ eine KDS haben, gaben von sich aus ihre Diagnose nicht an, auch typische Komorbiditäten wie Angst oder Depression wurden nur in einem Fall genannt. In den Items des Fragebogens wird aber wortwörtlich nach psychologischen Problemen oder Veränderungen gefragt. Daher ist die Interpretation in diesem Zusammenhang schwierig, man kann aber dennoch eine generelle

Veränderungsbereitschaft – eben in psychologischem Sinne - erfassen. In den Skalen der Contemplation, Action und Maintenance waren die Unterschiede zwischen den Patienten mit oder ohne KDS zum Teil deutlich. Entsprechend geht es auch hier um die Veränderung der psychischen Komponente im Sinne einer Motivation zur Verhaltenstherapie.

## 6.1 Häufigkeit der KDS in den verschiedenen Settings, Geschlechterverteilung, Partnerschaft, Bildung, Sichtbarkeit des Defekts und Erwerbstätigkeit bei Patienten mit KDS

Durchschnittlich waren 7% der Patienten des gesamten Kollektivs jeweils klinisch oder subklinisch von der körperdysmorphen Störung betroffen.

In der psychosomatischen Poliklinik hatten 8 Patienten (12%) eine subklinische und 3 Patienten (4,6%) eine klinische KDS. Mehr Patienten als erwartet hatten eine subklinische KDS, eine klinische KDS hatten weniger Patienten als erwartet.

Im Vergleich mit der Literatur zeigten sich hier allerdings höhere Prävalenzen. Außer in einer Studie von Conrov 2008, der unter seinen Patienten 16% mit KDS fand. Allerdings untersuchte er stationäre psychiatrische Patienten und unterschied nicht zwischen subklinischer und klinischer KDS. Altamura 2001 und Kampfhammer 1997 lagen mit den Prävalenzdaten darunter. Der Grund dafür ist in der Tatsache zu suchen, dass hier Menschen mit den verschiedensten psychischen Störungen, unter anderem Angst, Depression und auch soziale Phobien vorstellig werden. Diese psychischen Störungen sind wie beschrieben die Komorbiditäten einer KDS, und so könnte eine KDS auch verdeckt werden. Die Patienten werden in der hiesigen psychosomatischen Poliklinik im Erstgespräch aufgenommen und anschließend die für sie richtigen Therapiemöglichkeiten besprochen.

In der dermatologischen Poliklinik hatten 3 Patienten (5%) eine subklinische KDS, was weniger als erwartet war und 4 Patienten (6,6%) eine klinische KDS. Das entspricht den in der Literatur angegebenen Prävalenzen von insgesamt bis 12% (Castle et al., 2004). Dort wird allerdings nicht zwischen subklinischer und klinischer KDS unterschieden.

In der kosmetischen Dermatologie hatten 3 Patienten (5,8%) eine subklinische KDS und 6 Patienten (11,5%) eine klinische KDS, wobei hier eine höhere Zahl erwartet wurde. In der Literatur wurden ähnliche Prävalenzen angegeben. Altamura et al. beschrieben (2001) 18% der Patienten in diesem Setting, die zumindest subklinische Zeichen der KDS angeben. Es ist möglich, dass hier die hohe Prävalenz damit zusammen hängt, dass sich im selben Haus auch eine kosmetische Abteilung befindet und die Patienten über die Ambulanz Kontakt

aufnehmen können. Außerdem zeigen hier Werbeplakate die Möglichkeiten zu kosmetischen Behandlungen auf, was bei KDS-Patienten wahrscheinlich Ansprache findet. In der plastischen Chirurgie entsprach die Prävalenz denen der Literatur (Wilson et al., 2004). Es wurden jeweils bei 2 Patienten (5,7%) subklinische und klinische KDS festgestellt. In einer Studie von Hodgkinson 2005 wurden 20% der Patienten mit KDS gefunden. Es ist möglich, dass diese Unterschiede aus dem Größenunterschied des Kollektivs begründet ist. Ferner ist nicht auszuschließen, dass in der teilnehmenden plastischen Chirurgie unbewusst vorselektierte Patienten einen Fragebogen erhielten.

In der Geschlechterverteilung zeigte sich ein unausgeglichenes Verhältnis zwischen Männern und Frauen. Die Frauen waren in dieser Studie mit 2/3 der KDS Patienten überrepräsentiert. Das widerspricht Untersuchungen von Stangier (2007). Ein Grund für diese Differenz könnte das unterschiedlich große Patientenkollektiv sein, Stangier schloss deutschlandweit 2066 Personen ein.

Bei der Partnerschaft stellte sich heraus, dass bei den Patienten mit subklinischer KDS von 14 Patienten 5 (36%) partnerlos waren, bei den Patienten mit klinischer KDS waren 9 (60%) nicht liiert. Hier war die tatsächliche Anzahl höher als die erwartete. In den Studien von Gieler (2008) und Wilson (2004) wird beschrieben, dass KDS- Patienten oft alleinlebend oder geschieden sind, das bestätigt sich hier nicht.

Bei der Bildung zeigte sich, dass die erwarteten Werte jeweils für die verschiedenen Schulabschlüsse zutrafen. Es gab allerdings etwas weniger subklinische KDS-Patienten mit mit Hauptschul- oder ohne Abschluss als erwartet. Insgesamt hatten die Patienten mit klinischer KDS etwas häufiger nur einen Hauptschulabschluss oder gar keinen Abschluss, als die Patienten ohne KDS. Betrachtet man beide KDS- Gruppen gemeinsam, so relativiert sich der Unterschied zu den Patienten ohne KDS. Rief et al. fanden 2006 heraus, dass Patienten mit KDS einen niedrigeren Bildungsstand und auch eine höhere Erwerbslosenrate haben, als Patienten ohne KDS. Hier liegt also in Bezug auf den Bildungsstand ein anderes Ergebnis vor. Bei dem Kriterium der Erwerbslosigkeit lässt sich hingegen feststellen, dass Patienten mit KDS tatsächlich etwas häufiger erwerbslos sind als die Patienten ohne KDS, wobei dies vor allem für die Patienten mit klinischer KDS zutrifft. Es ist möglich, dass die Ursache dafür in der Begriffeszusammenstellung für „Erwerbslosigkeit“ liegt. Darunter erfasst sind auch Hausfrauen, die zwar einen hohen Bildungsstand haben aber in der klassischen Rollenverteilung ohne Erwerbstätigkeit leben.

Die Sichtbarkeit des Makels hatte keinen Einfluss auf die subjektive Entstellung ( $p = ,160$ ), im DCQ wurden keine besonders hohen Werte erzielt im Vergleich zu Patienten, bei denen der Defekt nicht sichtbar war. KDS Patienten fühlten sich aber grundsätzlich entstellter. Entscheidend ist, wie sehr sich der Patient subjektiv für seinen tatsächlich vorhandenen oder halluzinierten Makel entstellt fühlt, sich schämt und Schamgefühle nicht mit der objektiven Schwere einer Erkrankung korrelieren (Gieler, 2008).

Das Alter der Patienten wird in den folgenden Darstellungen diskutiert.

## 6.2 Mittelwerte der Variablen in den verschiedenen klinischen Gruppen

Im ersten Teil wurde zwischen 3 Gruppen, nämlich Patienten ohne KDS, mit subklinischer KDS und klinischer KDS unterschieden. Laut DCQ lagen Patienten mit subklinischer KDS bei Werten von 11- 13, klinische Patienten bei  $\geq 14$ . Hier wurden alle Patienten aus allen Settings zusammengefasst.

Beide Patientengruppen, ob klinisch oder subklinisch, gaben hochsignifikant höhere Werte im HADS an als die Patienten ohne KDS, was so auch erwartet wurde. Dichotomisiert man den Fragebogen, so zeigt sich, dass man bei beiden Gruppen im Schnitt tatsächlich eine Depression und Angststörung diagnostizieren kann. Die Mittelwerte bestätigen die in der Literatur oft erforschten Komorbiditäten der KDS mit Angst und Depression. Phillips et al. fanden bereits 1993 bei 73% der Patienten mit KDS zusätzlich eine Angststörung, Oosthuizen et al. (1997) und Wilson et al. 2004 fanden bei 60% der KDS Patienten eine Depression.

Auch die soziale Aktivität war bei KDS- Patienten signifikant reduzierter als die bei den gesunden Patienten, wobei aber ein Cut- off Wert knapp verfehlt wurde (Cut- off:  $\leq 35$  Punkte, Patienten mit subklinischer KDS erreichten 36 Punkte, Patienten mit klinischer KDS 38 Punkte). Daher kann laut Testdefinition nicht ausgesagt werden, dass Patienten mit KDS eine soziale Beeinträchtigung haben, nur dass sie weniger Punkte auf dieser Skala haben, als gesunde Menschen. Damit lässt sich lediglich eine Tendenz erkennen. In der Literatur wird die soziale Phobie mit 70% bei KDS Patienten angegeben (Gieler, 2003) und geht mit dieser Studie daher konform, auch wenn der SASS nicht die soziale Phobie sondern eben eine Einschränkung der sozialen Aktivität erfassen kann. Auch bei den Variablen von Scham und Ekel im HautZuf hatten subklinisch oder klinisch erkrankte Patienten signifikant höhere

Werte, was ebenfalls erwartet wurde. Gieler et al. beschreiben 2005, dass Schamgefühle und Ekel auftreten, wenn ein auch nur subjektives äußerliches Defizit erlebt wird.

In den ebenfalls miterfassten Variablen der Selbst-, Eltern-, und Partnerberührung gab es zwischen den Gruppen keinen signifikanten Unterschied, wobei zunächst erwartet werden kann, dass Patienten mit KDS hier weniger Punkte erreichen. Es ist jedoch offen, ob sich die Patienten aufgrund der sozialen Erwünschtheit so darstellen, oder sie sich durch die bereits beschriebene Rückversicherung bei den Angehörigen eine gewisse Stabilität in ihrer Erkrankung geschaffen haben, dass Nähe wieder möglich ist oder auch, dass die Ursache der KDS in einigen Fällen nicht in einer problematischen Elternbeziehung zu suchen ist.

Im Vergleich mit den Patienten ohne KDS hatten, wie erwartet, die sub- und klinischen KDS Patienten ein signifikant höheres subjektives Entstellungsgefühl. Die subklinische Gruppe lag interessanterweise noch geringfügig über der klinischen Gruppe. In Untersuchungen wird beschrieben, wie als einfaches diagnostisches Mittel Arzt und Patient die jeweils gefühlte Schwere der Entstellung auf einer visuellen Analogskala angeben können. Differieren die angegebenen Werte mehr als 4 Einheiten, so besteht der Verdacht auf eine KDS (Gieler, 2003).

Überraschend war das Ergebnis, dass die Größe der betroffenen Körperoberfläche bei den Patienten mit KDS größer war als die der Patienten ohne KDS. Geht man doch einerseits davon aus, dass die Patienten teilweise den Makel halluzinieren und regelmäßig kleinen Arealen übermäßige Aufmerksamkeit geschenkt wird. Nicht klar ist allerdings, ob die Patienten die Größe ihres Makels richtig einschätzen können und diesen möglicherweise größer empfinden. Hier sind weitere Untersuchungen erforderlich.

In Bezug auf das Alter wurde erwartet, dass die Patienten mit KDS deutlich jünger sind als die Patienten ohne KDS. Betrachtet man die Signifikanz über die 3 klinischen Gruppen, so ist das nicht der Fall. In der Aufteilung der Settings sind Patienten mit klinischer KDS aber tatsächlich jünger, das trifft allerdings nur in der psychosomatischen Poliklinik, und in der dermatologischen Poliklinik zu. Das entspricht den Beobachtungen von Phillips (2000).

In Teil 7.3. wird darauf noch näher eingegangen.

In der VSS zeigt die Skala des fehlenden Problembewusstseins (Precontemplation) keine signifikanten Unterschiede, allerdings liegen die Patienten mit KDS etwas unter den Werten der Patienten ohne KDS. Stangier beschreibt 2008 eine erhöhte selektive Aufmerksamkeit und damit im übertragenen Sinne ein erhöhtes Problembewusstsein in Bezug auf die Wahrnehmung des eigenen Erscheinungsbildes bei Patienten mit KDS. Wie bereits

beschrieben ist es hier schwierig, eine solche Aussage überhaupt zu treffen, da die Fragen nicht wie der DCQ auf die Symptome der KDS abzielen, sondern psychologische/verhaltensorientierte Veränderungsmotivation abfragt. Man kann also unterstellen, dass KDS Patienten sich wohl auch psychologische Hilfe holen würden, obgleich in den vorigen Studien mehrfach darauf hingewiesen wird, zur Therapiemotivation eine somatische Behandlung zu beginnen, um einer Psychotherapie den Weg zu ebnen. Nach diesem Ergebnis scheint es so, dass das gar nicht nötig ist, weil die Patienten einer Psychotherapie zugänglich sind. Denn in den anderen drei Skalen zeigte sich, dass Patienten signifikant nachdenklicher, motivierter und bemühter um die Aufrechterhaltung der erlernten Strategien sind, als Patienten ohne KDS.

### 6.3 Unterschiede innerhalb der vier verschiedenen Behandlungssettings zwischen Patienten mit und ohne KDS

In diesem Abschnitt geht es um die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne KDS in den verschiedenen klinischen Settings mit anschließendem T-Test.

In der Tabelle 6.4 sind in der Spalte OK vs. K die Signifikanzen der Patientengruppen ohne KDS und mit KDS dargestellt. Aufgrund der Fallzahlen wurden die Patienten mit subklinischer und klinischer KDS zusammengefasst, entsprechend wurden die gleichen Variablen der Skalen wieder signifikant wie in 7.2.

Im zweiten Schritt werden nun die verschiedenen Settings hinsichtlich vorhandener Unterschiede betrachtet. In der Varianzanalyse der einzelnen Variablen zeigte sich, dass sich die Settings in den Variablen der Depression, der sozialen Aktivität und im gesamten VSS voneinander unterscheiden.

In der Variablen „subjektive Entstellung“ fühlten sich KDS Patienten entstellter als Patienten ohne KDS, das zeigt sich in allen Settings außer in der plastischen Chirurgie. Dort waren im T- Test auch die Werte bei beiden Patientengruppen nicht besonders hoch. Diese Beobachtung kann durch die geringe Patientenzahl in diesem Setting bedingt sein, zeigt aber auch, dass nicht hinter jedem Entstellungsgefühl immer eine KDS stecken muss. Die KDS ist so einmal mehr als multimodale Erkrankung zu sehen.

Bei der Frage nach der Größe der betroffenen Körperoberfläche war der Unterschied zwischen den Patienten mit und ohne KDS signifikant. Insgesamt gaben Patienten mit KDS eine größere betroffene Fläche des empfundenen Makels an. In den einzelnen Settings zeigte sich aber später, dass die Signifikanz nur in der psychosomatischen Poliklinik gegeben war. Es mag damit zusammenhängen, dass die Patienten in ihrer Einschätzung aggravierten, denn wie bereits in der Einleitung beschrieben unterhalten vor allem unscheinbare, kleine Makel eine KDS in ihrer Symptomatik (Gieler, 2005). In der plastischen Chirurgie fand sich dann auch ein gegenteiliger Effekt, der allerdings nicht signifikant wurde. Die KDS- Patienten gaben ein kleineres betroffenes Areal an. Daher kann man die Aussage treffen, dass die Größe eines betroffenen Körperareals bei der KDS eher eine untergeordnete Rolle spielt.

In Bezug auf das Alter überrascht es, dass es zwischen den Patienten mit und ohne KDS insgesamt keinen signifikanten Unterschied gab, nur bei näherer Betrachtung im T- Test in den Gruppen der psychosomatischen Poliklinik und in der dermatologischen Poliklinik. Die KDS- Patienten in der plastischen Chirurgie waren sogar etwas älter als Patienten ohne KDS. Der Grund dafür könnte sein, dass Patienten, die sich in die plastische Chirurgie oder kosmetische Dermatologie begeben, die Behandlung selbst bezahlen müssen. Daher muss erst ein gewisser ökonomischer Status erreicht sein, welcher meistens erst erarbeitet werden muss.

In der Angstskala gab es zwischen den Settings keine signifikanten Unterschiede, in allen Settings hatten KDS- Patienten signifikant höhere Werte erreicht, was erwartet wurde. Dabei hatten die KDS- Patienten in allen Setting den Cut- off Wert für eine Angststörung tatsächlich erreicht. Die Ergebnisse vieler Studien bestätigen sich hier. In der Psychosomatik und in der kosmetischen Dermatologie wurde der Unterschied besonders deutlich, zumal hier 2/3 bzw. beinahe alle Patienten mit KDS von Angst betroffen waren.

In der Depressionsskala gaben die Patienten der psychosomatischen Poliklinik unabhängig einer KDS die höchsten Werte an. Beinahe alle KDS- Patienten waren von einer Depression betroffen. Die hohen Werte bei den Patienten ohne KDS in diesem Setting erklären sich am wahrscheinlichsten damit, dass bei diesen Patienten insgesamt psychische Probleme vorliegen. In allen anderen Gruppen waren die erreichten Werte auch bei den KDS- Patienten nicht so hoch, als dass man von einer manifesten Depression sprechen könnte. Auffällig ist, dass es in der Gruppe der dermatologischen Poliklinik und in der plastischen Chirurgie im Einzelnen betrachtet einen nur grenzwertig signifikanten Unterschied (jew.  $p = ,065$ ) gibt. Die Werte befinden sich auf mittlerem Niveau. Nach den Mittelwerten der KDS-Patienten kann

man sagen, dass die Patienten der kosmetischen Dermatologie und der plastischen Chirurgie nach den Patienten der psychosomatischen Poliklinik am meisten unter einer KDS- bezogenen depressiven Stimmung leiden. Da es in diesen beiden Settings um spezifisch kosmetische Probleme geht, lässt sich postulieren, dass diese Patienten hier einen höheren Leidensdruck haben was ihren Makel angeht.

In der sozialen Aktivität zeigte sich das gleiche Muster wie bei der Depression. Nahezu 2/3 der KDS- Patienten der Psychosomatik waren betroffen. Die Patienten der psychosomatischen Poliklinik hatten unabhängig der KDS die niedrigsten Werte. Allerdings lagen sie erst später im T-Test unter dem Cut-off- Wert, so dass man wirklich von einer Einschränkung sprechen könnte. Der Unterschied ist hier auch am signifikantesten zwischen den Patienten mit und ohne KDS. In den Settings der dermatologischen Poliklinik und der Kosmetik waren die Unterschiede unerwartet nicht signifikant, in der plastischen Chirurgie nur grenzwertig ( $p = ,047$ ). Es mag möglicherweise hier auch am Fragebogen liegen. Es wird lediglich die soziale Einschränkung erfragt, nicht die Komorbidität soziale Phobie, die in 70% der Fälle auftritt (Gieler, 2003). KDS- Patienten haben Probleme, sich unter Menschen zu begeben. Dennoch sind sie, wie im SASS ebenfalls abgefragt, in der Lage, sich zum Beispiel an gesellschaftliche Umgangsformen zu halten oder mit den finanziellen Mitteln auszukommen etc. Es mag in der psychosomatischen Poliklinik wieder daran liegen, dass soziale Aktivitäten unabhängig der KDS eingeschränkt sind.

Beim VSS zeigte sich auf den ersten Blick, dass es in allen Skalen signifikante Unterschiede gab. Im einzelnen betrachtet, war allerdings die Precontemplation zwischen den Patienten mit und ohne KDS in keiner der Settings signifikant geworden. Wie bereits zu Beginn beschrieben, betrachtet die Precontemplation das fehlende Problembewußtsein hinsichtlich eines psychischen Problems, nicht das eines möglichen körperlichen Makels. In diesem Zusammenhang ist es also nicht verwunderlich, dass hier wieder die Patienten der psychosomatischen Poliklinik das größte Problembewusstsein in psychischer Hinsicht aufwiesen. In der Contemplation, Action und Maintenance unterschieden sich die Patienten mit oder ohne KDS in allen Settings, außer in der plastischen Chirurgie signifikant. Die Patienten mit KDS weisen also in den anderen Gruppen eine höhere Veränderungsmotivation auf verschiedenen Ebenen auf, besonders die Patienten der psychosomatischen Poliklinik. Außer in diesem Setting ist das allerdings ungewöhnlich, da der VSS vor allem eben die psychische/verhaltensorientierte Veränderungsmotivation misst. Den meisten KDS-Patienten ist allerdings die psychische Komponente nicht bewusst, und es ist ratsam, behutsam mit dem

Vorschlag einer Psychotherapie umzugehen (Brosig; Gieler, 2000). Dieses Ergebnis veranlasst die Überlegung, dass KDS Patienten in einigen Settings sehr wohl die psychischen Komponenten ihrer Erkrankung kennen und die Motivation, diese zu verändern, zumindest gegeben ist. Bei der plastischen Chirurgie hingegen scheint das nicht der Fall zu sein. Ein möglicher Grund scheint hier die hohe Bereitschaft der Dermatologen zu sein, psychosomatische Aspekte in die Behandlung mit einzubeziehen und so bereits vorsichtig auf die psychische Beteiligung hinweisen zu können (Gieler, 2001).

Im HautZuf gab es in der Skala der Selbstberührung keine signifikanten Unterschiede. Nur in der kosmetischen Dermatologie hatten Patienten mit KDS signifikant weniger Selbstberührung als Patienten ohne KDS, in den anderen Settings gab es hier keine signifikanten Unterschiede. Dieses Ergebnis wirft Fragen auf. Vom Bild der KDS würde man eher annehmen, dass die Berührung des eigenen Körpers aus Ablehnung vermieden wird. Warum sich das nur in der kosmetischen Dermatologie herausstellt ist unklar. Vielleicht liegt es daran, dass bei den Patienten der anderen Settings außer in der dermatologischen Poliklinik nicht ausschließlich die Haut als Problem angegeben wird, sondern zum Beispiel Fettleibigkeit, Haarprobleme etc. In der kosmetischen Dermatologie wird nun aber besonders die Haut als Rezeptor für Berührung kritischer betrachtet, offenbar besonders, wenn es sich um kosmetische Fragestellungen und nicht um rein somatisch-medikamentöse Behandlung wie in der dermatologischen Poliklinik handelt. Außerdem wird naturgemäß in der kosmetischen Dermatologie ein besonderes Augenmerk auf die Ästhetik gelegt, weniger auf die funktionelle Behandlung.

Bei der Eltern- und der Partnerberührung gab es weder in den Settings noch zwischen den Patienten mit und ohne KDS signifikante Unterschiede. Erwartet wurde, dass KDS Patienten weniger Eltern- und Partnerberührung erfahren hätten. Denn Elternberührung trägt dazu bei, dass Kinder ein stabiles Selbstbewußtsein und eine sichere Bindung aufbauen können (Gieler, 2003), und die Partnerberührung hält dies aufrecht. Vermutlich ist die KDS- Entstehung hier nicht primär durch eine unsichere Bindung bedingt. Es zeigt sich außer in der plastischen Chirurgie, dass die Patienten mit KDS sogar tendenziell mehr Partnerberührung haben als Patienten ohne KDS, was in der dermatologischen Poliklinik sogar grenzwertig signifikant ist. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Partner zur Beschwichtigung und Rückversicherung der Betroffenen KDS- Patienten häufiger beruhigend durch Körperberührung einwirken.

Bei der Variablen „Ekel“ war der Unterschied zwischen den Settings beinahe signifikant

( $p = ,065$ ), allerdings gaben nur die KDS-Patienten in der plastischen Chirurgie mehr Ekel an als Patienten ohne KDS. Eigentlich wurde erwartet, dass dieser Unterschied auch in den anderen Settings deutlicher würde. Doch betrachtet man die zugehörigen Items im HautZuf so fällt auf, dass sie nicht auf selbstbezogenen Ekel ausgerichtet sind, sondern sie beziehen sich eher auf externe Gegebenheiten wie Ekel vor verschmutzten Gläsern etc. Daher kann es zu diesen Unklarheiten in diesem Fall kommen.

In der Scham-Skala erreichten KDS- Patienten wie erwartet signifikant höhere Werte. Innerhalb der Settings bestätigte sich das Verhältnis, außer in der plastischen Chirurgie. Hier ist allerdings die Zahl der Patienten mit Hautproblemen geringer als in den dermatologischen Settings. Im Hautzuf wird zu dieser Variablen oft gezielt nach hautassoziierten Schamausdrücken gefragt, sodass diese nur bedingt auf die plastische Chirurgie bezogen werden kann. Bei den Patienten in der psychosomatischen Poliklinik spielen - wie auch bei der Variablen Angst und Depression - noch andere Faktoren als die KDS eine Rolle.

Zusammenfassend kann man hinsichtlich der Fragestellung über die Settings folgende Aussagen treffen.

Die KDS-Patienten der psychosomatischen Poliklinik hatten im HADS die schwerste Depression, die meiste Angst und die stärkste soziale Einschränkung im Vergleich mit den anderen Settings. Insgesamt lagen die Werte auch bei den Patienten ohne KDS auf einem hohen Niveau, sodass davon auszugehen ist, dass noch andere Faktoren außer eine KDS bei diesen Patienten Einfluss nehmen. Im VSS und im Hautzuf waren die Ergebnisse mit den anderen Settings etwa gleich.

Die dermatologische Poliklinik fiel dadurch auf, dass hier die Patienten mit KDS im Verhältnis zu den Patienten ohne KDS das größte Schamgefühl hatten; die Patienten der kosmetischen Dermatologie das größte subjektive Entstellungsgefühl und auch mit am meisten Angst. In der plastischen Chirurgie hatten die Patienten mit KDS das meiste Ekelgefühl auch ohne Angstwerte und eine deutliche Einschränkung in der sozialen Aktivität. Der Unterschied in Bezug auf das Schamgefühl wurde hier nicht signifikant, allerdings lag das Gesamtniveau deutlich höher.

## 6.4 Angst, Depression und Einschränkung der sozialen Aktivität zwischen den verschiedenen Settings und bei Patienten ohne und mit KDS

Angst und Depression gehören zu den häufigsten Komorbiditäten bei der KDS. Die Angst kommt wie in 2.7. bereits erwähnt bei Patienten mit KDS in 70% der Fälle vor (Gieler 2003) und die Depression in 60% (Oosthuizen et al 1997, Wilson et al. 2000).

In dieser Studie hatten bei den KDS Patienten 23 von 31 (74%) Angst, und 18 von 35 (51%) Patienten eine Depression.

In Betrachtung der Settings bestätigt sich, dass Patienten der psychosomatischen Poliklinik die höchsten Werte in der Depression- und Angstskala erreichten, sowohl unabhängig als auch abhängig einer KDS. Wenn man nun die Settings zwischen den beiden Krankheitsgruppen vergleicht, so fällt auf, dass die Patienten der dermatologischen Poliklinik im Verhältnis am wenigsten von der Komorbidität der Angst und der Depression betroffen sind. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass bei diesen Patienten der Makel noch nicht lange besteht, und sie daher zur Erstdiagnose eines Hautdefektes im Sinne einer somatischen Erkrankung den Arzt aufsuchen. Eine klinisch relevante Angst bzw. Depression entwickelt sich jedoch über einen längeren Zeitraum hinweg. In den anderen Settings, vor allem in der psychosomatischen Poliklinik, könnte der Makel schon länger bestehen, dass sich die Patienten entweder einer psychischen Komponente bewusst sind, oder sie deshalb überwiesen wurden, sodass sich hier über einen bestimmten Zeitraum Angst und Depression aufbauen konnten. Bei den Patienten der kosmetischen Dermatologie und in der plastischen Chirurgie zeigten sich die Angstwerte der KDS- Patienten auf demselben Niveau wie die Werte der Patienten aus der psychosomatischen Poliklinik. Eine mögliche Erklärung wäre, dass bei diesen Patienten der Makel ebenfalls schon länger besteht, dann aber zunächst nur der Mut aufgebracht werden muss, mit invasiveren Mitteln etwas daran zu verändern, und außerdem ein Termin dafür erst von langer Hand geplant werden muss.

Bezüglich der Depressionsskala verfehlte der Unterschied zwischen Patienten mit und ohne KDS in den Settings der dermatologischen Poliklinik und in der plastischen Chirurgie sehr knapp das Signifikanzniveau. Das mag an der kleinen Stichprobe liegen.

Wie bereits beschrieben ist die soziale Aktivität ein wichtiger Parameter in der Erkrankung der KDS. In 70% der Fälle wird eine soziale Phobie als Komorbidität diagnostiziert (Gieler, 2003). Der in dieser Studie verwendete Fragebogen SASS kann keine direkte Diagnose

stellen, dennoch zeigt er an, in welchem Ausmaß die Patienten in ihrem sozialen Umfeld gehandicapt sind.

Die meisten Patienten mit einer Einschränkung fanden sich wieder in der psychosomatischen Poliklinik mit 40% aller Patienten, unabhängig einer KDS. Wie bereits in Kapitel 7.3 beschrieben, mag der hohe Anteil hier daran liegen, dass die Patienten dort wegen vieler verschiedener psychischer Erkrankungen Hilfe suchen. Psychische Erkrankungen gehen häufig mit einer Einschränkung der sozialen Aktivität einher, sodass der große Anteil nicht nur auf die KDS-Patienten bezogen werden kann. Von den KDS-Patienten hier hatten 8 von 11 eine soziale Einschränkung, was die bisherigen Studien bestätigt. Unerwartet tief lag die Anzahl der Patienten mit sozialer Einschränkung bei den Patienten der anderen Settings.

Betrachtet man die Patienten mit KDS insgesamt, so sieht man, dass in dieser Studie 44,8% der KDS Patienten eine soziale Einschränkung haben. Damit liegt dieser Wert deutlich unter denen der Literatur. Einschränkung der sozialen Aktivität ist ein Symptom der sozialen Phobie und kann so eine Markerfunktion einnehmen. Ein möglicher Grund für diese Beobachtung ist evtl. der ländliche Raum, wo Familienstruktur und –zusammenhalt noch eine andere Rolle spielen, als in der Stadt.

Schaut man sich die einzelnen Settings unabhängig voneinander an, so fällt auf, dass in der KDS-Patientengruppe aller Settings außer in der dermatologischen Poliklinik mehr Patienten eine Einschränkung der sozialen Aktivität hatten als erwartet. In der dermatologischen Poliklinik waren es weniger. Die Gründe hierfür mögen wie bei der Angst und Depression darin liegen, dass auch eine Einschränkung der sozialen Aktivität nicht plötzlich erfolgt, und damit erst zu einem späteren Zeitpunkt auftritt.

Im Vergleich der Patienten mit und ohne Einschränkung der sozialen Aktivität zeigte sich außerdem, dass Patienten mit einer Einschränkung der sozialen Aktivität eine größere subjektive Entstellung, mehr Angst, Depression, Scham und weniger Selbst- und Elternberührung hatten als Patienten ohne diese Einschränkung. Auch die Veränderungsmotivation auf der Ebene der Contemplation und der Maintenance war höher.

Eine Einschränkung der sozialen Aktivität geht also im Umkehrschluss mit ähnlichen Phänomenen einher wie die KDS. Allerdings spielt bei der KDS der Ekel noch eine größere Rolle, und die Selbst- und Elternberührung interagiert offenbar mehr mit sozialer Interaktion.

Nicht verwunderlich in diesem Zusammenhang ist, dass Patienten mit KDS bei gleichzeitiger Einschränkung der sozialen Aktivität sich deutlich entstellter fühlten, als die KDS Patienten ohne Einschränkung der sozialen Aktivität. Die Patienten ohne KDS, aber mit Einschränkung der sozialen Aktivität, fühlten sich nicht entstellter, als die Patienten ohne Einschränkung der

sozialen Aktivität. Vermutlich hat die KDS den Effekt, dass sie bei gleichzeitigem Auftreten das Gefühl der subjektiven Entstellung deutlich verschlimmert, als wenn nur eine der beiden Komorbiditäten auftritt.

Auch wenn es beim Alter weder zwischen den Patienten mit oder ohne KDS, oder mit und ohne Einschränkung der sozialen Aktivität jeweils einen signifikanten Unterschied gab, so zeigte sich dennoch eine schwach signifikante Interaktion. Patienten ohne Einschränkung der sozialen Aktivität waren älter als Patienten mit Einschränkung der sozialen Aktivität. Kommen jedoch beide Faktoren zusammen, dann sind die KDS Patienten mit Einschränkung der sozialen Aktivität älter als KDS- Patienten ohne Einschränkung der sozialen Aktivität. Normalerweise war angenommen, dass ältere Menschen weniger Einschränkung der sozialen Aktivität haben. Das trifft aber hier offenbar nicht für KDS- Patienten zu.

Eine grenzwertig signifikante Interaktion gab es auch bei der Partnerberührung, Es scheint als würden Patienten mit KDS, aber ohne Einschränkung der sozialen Aktivität, die meiste Partnerberührung haben. In der Gruppe der Patienten mit sozialer Beeinträchtigung hatten die Patienten ohne KDS mehr Partnerberührung als die Patienten mit KDS. Die Bedeutung der Partnerberührung scheint also vor allem von der Beeinträchtigung der sozialen Aktivität abhängig, nicht unbedingt von der KDS.

## 7. Zusammenfassung

In dieser Studie ging es um die Darstellung der körperdysmorphen Störung (KDS) im ländlichen Raum in verschiedenen Settings (psychosomatische Poliklinis, dermatologische Poliklinik, kosmetische Dermatologie, plastische Chirurgie) bezogen auf die Variablen der Angst und Depression, der Einschränkung der sozialen Aktivität, des Schams und Ekels und der Therapiemotivation, sowie epidemiologische Daten wie Geschlechterverteilung, Alter der Patienten, Bildung, Beruf, Partnerschaft und Sichtbarkeit des Makels.

Auffallend war vor allem die Altersverteilung. Patienten mit KDS in der kosmetischen Dermatologie und der plastischen Chirurgie waren nicht signifikant jünger als Patienten ohne KDS. In der plastischen Chirurgie waren die Patienten sogar älter. Auch wenn in der Literatur vielfach ein jüngeres Durchschnittsalter beschrieben wird, so gilt es, auch bei älteren Patienten bei entsprechender Symptomatik an KDS zu denken.

Allerdings war in dieser Gruppe das Durchschnittsalter im Vergleich zu den anderen Settings insgesamt erhöht. Das hängt am ehesten damit zusammen, dass Operationen kostspielig sind und daher erst ein höherer sozioökonomischer Status erreicht werden muss. Die Patientengruppe war außerdem sehr klein.

Die Geschlechter waren nicht wie in der Literatur vorbeschrieben gleichmäßig verteilt, der Frauenanteil überwog mit einem Verhältnis 2:1.

KDS- Patienten waren außerdem nicht häufiger partnerlos.

In der Literatur war bei den KDS- Patienten ein eher niedriger Bildungsstand und vermehrte Erwerbslosigkeit beschrieben worden. In dieser Studie zeigte sich in Bezug auf den Bildungsstand keinen Unterschied, KDS- Patienten waren auch nicht signifikant häufiger erwerbslos.

Die Sichtbarkeit hatte keinen Einfluss auf die subjektive Entstellung. Das zeigte einmal mehr, dass Patienten, die den Makel halluzinieren ebenfalls einen hohen Leidensdruck entwickeln können und man sich als behandelnder Arzt/Therapeut auf Äußerlichkeiten nicht allein konzentrieren darf.

Wie erwartet hatten die KDS- Patienten aller Settings signifikant mehr Angst als Patienten ohne KDS, die höchsten Werte wurden in der psychosomatischen Poliklinik erreicht. Hier zeigten sich auch die höchsten Werte der Depression, wohingegen die Patienten der dermatologischen Poliklinik am wenigsten betroffen waren. Der Grund dafür könnte sein,

dass sich diese Komorbidität nur langsam entwickelt, und KDS- Patienten hier erst am Anfang zur Erstdiagnose ihrer Erkrankung stehen.

Sozial eingeschränkt waren auch vor allem die Patienten der psychosomatischen Poliklinik, wobei sich in dieser Gruppe die KDS- Patienten noch mal deutlich abhoben.

Aus der Veränderungsstadienskala (Therapiemotivation) lässt sich ableiten, dass Patienten die psychische Komponente ihrer Erkrankung durchaus erkennen. Die Motivation zur Veränderung erscheint gegeben. Zu beachten ist allerdings, dass die VSS aufgrund fehlender Aussagen seitens der Patienten zur jeweiligen Störung nur unter Vorbehalt zu interpretieren ist.

Diese Beobachtung widerspricht den bisherigen Studien, in denen bisher postuliert wird, dass die KDS- Patienten erst vorsichtig an eine Psychotherapiemöglichkeit herangeführt werden müssen, um die Arzt- Patientenbeziehung nicht zu gefährden. Es erfordert allerdings noch weitere Untersuchungen, um dieses Ergebnis weiter zu beobachten und zu vertiefen.

In Bezug auf die Emotion „Ekel“ gaben die KDS- Patienten der plastischen Chirurgie signifikant höhere Werte an als Patienten ohne KDS. In diesem Setting war auch die Werte für das Schamgefühl insgesamt deutlich höher als in den anderen Settings, es gab hier aber keinen Unterschied zwischen KDS- und Nicht- KDS- Patienten.

Die KDS zeigt sich in dieser Studie deutlich als multimodales Geschehen und zeigte in ihrem Auftreten in verschiedenen Settings zum Teil deutliche Unterschiede. Entsprechend müssen in den unterschiedlichen Settings besondere Merkmale Beachtung finden, um Menschen mit einer KDS in ihrem Leidensdruck nicht zu übersehen.

## Summary

The aim of this study is to describe body dysmorphic disorder (BDD) in a rural environment in different clinical settings (psychosomatic clinic, dermatology, cosmetic dermatology, plastic surgery) relating to the variables anxiety, depression, limitation of social activity, shame, disgust and motivation for treatment as well as epidemiologic facts like distribution between the sexes, age of patients, education, profession, relationship and visibility of the imperfection.

Especially the distribution of age among the patients was remarkable. Patients with BDD in the cosmetic setting and the aesthetic surgery were not significantly younger than patients without BDD. Actually, patients of the plastic surgery patients were even older.

Although the relevant literature usually refers to a rather young average age, it is essential to also consider BDD in elderly patients. We have to point out, that people in this setting were generally older than in the other settings, which might be due to the fact that an operation is rather expensive, so a more stable financial situation is required. Also, the considered sample was quite small.

In many clinical trials the distribution between the sexes is balanced. In this study the number of women with BDD dominated the number of men by ratio of 2:1.

Patients suffering from BDD were not more often single than living in a relationship.

In literature BDD patients are described to have a lower educational background and a higher ratio of unemployment. The perception regarding unemployment has not proven to be true in this study, also not the lower educational background.

The visibility of the imperfection does not impair the severity of BDD. This demonstrate that patients who hallucinate their imperfections can also develop a high level of psychological strain, and that a physician or therapist must not concentrate on the outer appearance alone.

In every setting BDD patients were more anxious and depressive than patients without BDD, the highest levels were reached with psychosomatic patients whereas dermatological patients were less affected by depression.

One reason is that comorbidities like anxiety and depression need a long time to develop and that the dermatological setting is only the beginning of the initial diagnosis for the patients. Social limitations were mainly found in psychosomatic patients with BDD, patients in this setting being even more affected.

From the VSS (Veränderungsstadienskala), based on University of Rhode Island Change Assessment Scale, we can derive that patients are aware of the psychiatric component of BDD. Motivation to change seems to be possible. As many patients refuse to reveal their problem, it must be mentioned that the VSS can only be construed with reservations. This observation is contrary to other studies, which state that BDD patients should be lead to psychotherapeutic treatment very carefully to avoid disturbance in the physician-patient-relationship.

Further research is however necessary to observe and recess this result.

Regarding to the emotion “disgust”, BDD patients in the setting of plastic surgery reach higher values than patients without BDD. All patients in this setting reached the highest values concerning the emotion “shame”, with no difference being observed between patients with or without BDD.

In this study BDD clearly appears as a multimodal effect and displays noticeable difference when appearing in different settings. Special characteristics in the different settings should be observed in order not to underdiagnose BDD patients in their suffering.

## 8. Literaturverzeichnis

Altamura C, Paluello M M, Mundo E, Medda S, Mannu P: *Clinical and Subclinical Body Dysmorphic Disorder*, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001 251: 105- 108

Bosc M, Dubini A, Polin V. *Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale*. Eur Neuropsychopharmacol. 1997 Apr; Suppl 1:S57-70; discussion S71-3

Braun C, Gründl M, Marberger C, Scherber C: *Beautycheck: Ursachen und Folgen von Attraktivität*, Projektabschlussbericht. Betreuer: Prof. Dr. A. Zimmer, Uni Regensburg 2001  
<http://www.beautycheck.de/cmsms/index.php/der-ganze-Bericht>

Brosig B, Gieler U: Das Dorian Grey Syndrom Haarwuchsmittel und andere "Jungbrunnen"  
Hessisches Ärzteblatt 11/ 2000

Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: *Kein Schönheitswahn bei Jugendlichen*, Themenheft „Körper“ der Reihe FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 10/2006

Castle, DJ, Molton, M, Hoffman, K, Preston, NJ, Phillips, KA.: *Correlates of dysmorphic concern in people seeking Cosmetic enhancement*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry Vol 38 June 2004 Issue 6 Page 439

Conrov M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA: *Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an Adult inpatient setting*, Gen Hosp Psychiatry, 2008 Jan- Feb;30 (1):67-72

Crenard CE, Phillips KA, Menard W, Fay C: *Nonpsychiatric medical treatment of Body Dysmorphic Disorder*; Psychosomatics, 2005 Nov-dec,46(6): 549-55

Driesch G, Burgmer M, Heuf G: *Körperdysmorphie Störung Epidemiologie, klinische Symptomatik, Klassifikation und differenzielle Therapie- eine Übersicht*, Der Nervenarzt 2004, 75:917-931

Gieler U, Jungblut FM, Harth W, Reimer C, Niemeier V, Höring CM, Kupfer J: *Scham und Berührung Zusammenhänge in einer Studie mit 140 gesunden Personen*, Der Psychotherapeut 2008 53:27-34

Gieler U, Niemeier V, Brosig B, Kupfer J, Stangier U: Die körperdysmorphe Störung in der Dermatologie, Übersicht 2005

Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Brosig B, Schill WB: Psychosomatische Dermatologie in Deutschland: eine Umfrage an 69 Hautkliniken; Hautarzt 2001 Feb;52(2):104-10

Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA: *Substance use in individuals with Body Dysmorphic Disorder*; J Clin Psych 2005 Mai; 66(3):309-16

Grant JE, Menard W, Phillips KA: *Pathological skin picking in individuals with Body Dysmorphic Disorder*; Gen Hosp Psychiatry 2006 Nov-Dec; 28(6):487-93

Grolle M, Kupfer J, Brosig B, Niemeier V, Hennighausen L, Gieler U:  
*The Skin Satisfaction Questionnaire- an Instrument to Assess Attitudes toward the Skin in Healthy Persons and Patients*, Dermatol Psychosom 2003, 4:14-20

Harth W, Wendler M, Linse R: *Lifestyle- Medikamente und körperdysmorphe Störung: ein neues medizinisches Phänomen am Beispiel der Dermatologie*, Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 3 vom 17.01.2003, Seite A-128/B-116/C-112

Heidenreich, T: *Intrapsychische Konflikte und Therapiemotivation in der Behandlung der Substanzabhängigkeit*, Roderer Verlag, Regensburg 2000

Hellwege A (Edelmann GmbH): *Dove Beauty Studie*, Forsa.omninet 2004  
[http://www.initiativefuerwahreschoenheit.de/uploadedFiles/de/Dove\\_Beauty\\_Studie.pdf](http://www.initiativefuerwahreschoenheit.de/uploadedFiles/de/Dove_Beauty_Studie.pdf)

Hodgkinson DJ: *Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic Surgery*, Aesthetic Plast Surg 2005Nov-Dec; 29(6):503-9

Möller H - J, Laux G, Deister A: Psychiatrie und Psychotherapie, Duale Reihe, Thieme Verlag 2005

Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ: *Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatrie 1998; 32: 129- 132

Patterson W M, Bienvenu O J, Chodynicky, MP, Janninger, C K, Schwartz R A: *Body Dysmorphic Disorder*, International Journal of Dermatology 2001, 40, 688- 690

Phillips KA, Dufresne RG: *Body Dysmorphic Disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons*, Am J Clin Dermatol 2000 Jul- Aug 1 (4) : 235- 43.

Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC: *Rate of Body Dysmorphic Disorder in dermatology patients*; J AM Acad Dermatol. 2000 Mar, 42 (3): 436-41.

Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi JM, Stout R, Price LH: *A retrospective follow- up study of Body Dysmorphic Disorder*, Compr. Psychiatry 2005; 46(5):315-321

Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W: *A comparison study of Body Dysmorphic Disorder and obsessive-compulsive Disorder*, J Clin Psychiatry 1995 Nov; 59(11): 568-75

Phillips KA, Pagano ME, Menard W, Stout RL: *A 12 month follow-up study of the course of Body Dysmorphic disorder*. Am J Psychiatry, 2006 May; 163(5): 907-12

Rief W, Bulmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E: *The prevalence of Body Dysmorphic disorder: A population- based survey* Psychol Med 2006, Jun; 36(6):877-85.

Sarwer, DB, Wadden, TA, Pertschuk, MJ, Withaker, LA: *Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients*, Plastic & Reconstructive Surgery 1998 May 101(6); 1644-1649

Stangier U: *Prävalenz von körperdysmorphen Symptomen in der Allgemeinbevölkerung*, DFG Abschlussbericht Nov 2007, unveröffentlicht

Stangier U, Gieler U: *Somatoforme Störungen in der Dermatologie*, Psychotherapie 2. J 1997 Bd 2, Heft 2 CIP Medien München

Stangier U, Adam-Schwebe S, Müller T, Wolter M: *Discrimination of facial appearance stimuli in Body Dysmorphic Disorder*, J Abnorm Psychol.2008 May;117(2): 435-43

Stangier U, Hungerbühler R, Meyer A, Wolter M: *Diagnostische Erfassung der Körperdysmorphie Störung, Eine Pilotstudie*, Nervenarzt 2000; 71: 876- 884 Springer-Verlag

Stangier U, Janich C, Adam-Schwebe S, Berger P, Wolter M: *Screening for Body Dysmorphic Disorder in Dermatological Outpatients*, Dermatol Psychosom 2003; 4: 66- 71

Ulvik B, Bjelland I, Hanestad BR, Omenaas E, Wentzel-Larsen T, Nygård O: *Comparison of the Short Form 36 and the Hospital Anxiety and Depression Scale measuring emotional distress in Patients admitted for elective coronary angiography*; Heart Lung 2008 Jul- Aug; 37(4): 286-95

Wilson, JB, Arpey, CJ: *Body Dysmorphic Disorder: Suggestions for Detection and treatment in a Surgical Dermatological Practice*, Dermatologic Surgery 2004; 30: 1391- 1399

## 9. Anhang

### 9.1 Anschreiben

#### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Sie werden von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie und zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung sowie auf Ihre Einstellung und Einschätzung zu sich selbst.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, **jede Frage zu beantworten**, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Machen Sie **bitte nur ein Kreuz pro Frage** und **lassen Sie keine Frage aus**. Überlegen Sie bitte nicht zu lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Bitte **streichen Sie keine einzelnen Sätze oder Wörter aus den Fragen heraus**, oder schreiben welche dazu.

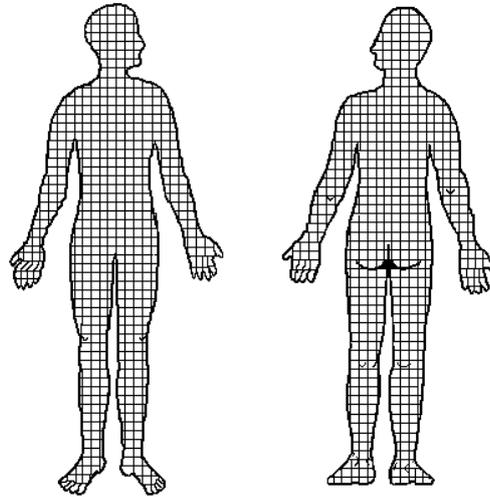
Durch die Bearbeitung des Fragebogens **leisten Sie einen wertvollen Beitrag** zur Verbesserung des therapeutischen Angebots und helfen anderen zukünftigen Betroffenen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt und unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**.

Vielen herzlichen Dank



10. Bitte zeichnen sie hier ein auf welches Körperteil sich ihre Sorgen beziehen



(11. Waren Hände und/oder Gesicht eingezeichnet, galt das als ständig sichtbares Areal)

### 9.3 Hospital Anxiety and Depression-Scale (HADS)

1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- überhaupt nicht

2. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

4. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

5. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/nie

6. Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

7. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- Ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

9. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

10. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

11. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

12. Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

13. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

## 9.4 Selbstbeurteilungsbogen zu sozialen Aktivitäten (SASS)

Bitte beantworten Sie folgende Fragen so, wie Ihre Meinung gerade in diesem Moment ist. Beantworten Sie bitte alle Fragen und kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwort an.

### **1. Sind Sie berufstätig?**

Ja  Nein

### **Wenn Ja: Interessiert Sie Ihr Beruf?**

sehr viel  mäßig  wenig  gar nicht

### **Wenn Nein: Interessieren Sie Ihre häuslichen Tätigkeiten?**

sehr viel  mäßig  wenig  gar nicht

### **2. Macht Ihnen Ihr Beruf bzw. Ihre häusliche Tätigkeit Freude?**

viel Freude  ziemliche Freude  nur wenig Freude  überhaupt keine Freude

### **3. Haben Sie an Hobbys oder anderen Freizeitaktivitäten Interesse?**

sehr  mäßig  wenig  überhaupt kein

### **4. Die Qualität Ihrer Freizeit ist**

sehr gut  gut  mäßig  unbefriedigend

### **5. Wie häufig sehen Sie Ihre Familienmitglieder (Ehegatte, Kinder, Eltern, etc.)?**

sehr häufig  häufig  selten  nie

### **6. Wie ist das Verhältnis zu Ihrer Familie?**

sehr gut  gut  recht gut  unbefriedigend

### **7. Zu wie vielen Menschen haben Sie außerhalb Ihrer Familie Beziehungen?**

zu vielen  einigen  wenigen  niemandem

### **8. Suchen Sie Kontakt mit anderen Menschen**

sehr aktiv  aktiv  mäßig aktiv  gar nicht aktiv

### **9. Die Beziehung zu anderen Menschen ist im allgemeinen**

sehr gut  gut  recht gut  unbefriedigend

### **10. Wieviel Wert legen Sie auf Beziehungen zu anderen?**

viel Wert  einigen  nur geringen Wert  überhaupt keinen Wert

### **11. Wie oft suchen die Menschen, die zu Ihrem näheren sozialen Umkreis gehören, Ihre Gesellschaft?**

sehr oft  oft  selten  nie

### **12. Halten Sie sich an gesellschaftliche Regeln, Umgangsformen, Höflichkeitsregeln etc. ?**

immer  meistens  selten  nie

**13. In welchem Ausmaß nehmen Sie am gesellschaftlichen Leben im Rahmen eines Vereins, einer Religionsgemeinschaft etc. teil?**

intensiv    mäßig    sehr wenig    überhaupt nicht

**14. Sammeln Sie gerne Informationen über Dinge, Situationen und Leute, um Ihr Verständnis davon zu verbessern?**

sehr häufig    häufig    selten    nie

**15. Interessieren Sie sich für Informationen über Wissenschaft, Technik oder Kultur?**

sehr    mäßig    wenig    gar nicht

**16. Wie häufig erleben Sie Schwierigkeiten, anderen gegenüber Ihre persönliche Meinung zum Ausdruck zu bringen?**

nie    manchmal    häufig    immer

**17. Wie häufig fühlen Sie sich von Ihrem Umfeld abgelehnt oder ausgeschlossen?**

nie    manchmal    häufig    immer

**18. Wie wichtig ist Ihnen Ihr Aussehen?**

sehr    mäßig    wenig    gar nicht

**19. In welchem Maße haben Sie Schwierigkeiten, mit Ihren finanziellen Mitteln und Einkommen auszukommen?**

nie    manchmal    häufig    immer

**20. Fühlen Sie sich dazu in der Lage, Ihre Umgebung entsprechend Ihren Wünschen und Bedürfnissen einzurichten?**

sehr    ziemlich    kaum    gar nicht

## 9.5 Veränderungsstadien-Skala (VSS)

Dieser Fragebogen soll uns helfen, das Behandlungsangebot in der Klinik oder Praxis durch eine psychologische Beratung zu verbessern. Jede Aussage beschreibt, wie eine Person sich fühlen könnte, wenn Sie Probleme in Ihrem Leben angehen oder eine psychologische Beratung beginnen möchte. Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, dass eine Aussage nicht richtig passt. Geben Sie aber trotzdem immer an, mit welcher Sie am ehesten übereinstimmen bzw. wie stark Sie diese ablehnen Bitte kreuzen Sie jeweils das an, was Sie genau jetzt empfinden, nicht was Sie zu einem früheren Zeitpunkt empfunden haben oder wie Sie sich gerne fühlen würden. Beziehen Sie sich für alle Aussagen auf das Problem, weshalb Sie die Klinik oder Praxis aufgesucht haben. Geben Sie bitte auch das Problem (mit eigenen Worten) an:

Problem: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die am besten angibt, wie stark Sie der Aussage zustimmen oder wie stark Sie sie ablehnen. Für jede der Fragen des Fragebogens gibt es fünf mögliche Antworten:

- 1 - überhaupt nicht zutreffend
- 2 - ein wenig zutreffend
- 3 - ziemlich zutreffend
- 4 - stark zutreffend
- 5 - sehr stark zutreffend.

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
1 Ich habe persönlich keine Probleme, die verändert werden müssten.	1	2	3	4	5
2 Ich denke, ich bin jetzt so weit, dass ich mich in einigen Bereichen verbessern könnte.	1	2	3	4	5
3 Ich bin dabei, etwas gegen die Probleme zu tun, die mich belastet haben.	1	2	3	4	5
4 Es könnte sich lohnen, an meinem Problem zu arbeiten.	1	2	3	4	5
5 Ich bin kein Problemfall; deshalb macht es keinen Sinn für mich, dass ich eine psychologische Beratung erhalte.	1	2	3	4	5
6 Ich mache mir Sorgen, ich könnte wieder in ein Problem geraten, das ich schon verändert habe, deshalb suche ich Hilfe durch eine psychologische Beratung.	1	2	3	4	5
7 Endlich tue ich etwas gegen mein Problem.	1	2	3	4	5
8 Ich habe schon daran gedacht, etwas an mir zu verändern.	1	2	3	4	5
9 Ich habe mit Erfolg an meinem Problem gearbeitet, aber ich weiß nicht, ob ich alleine weiterhin durchhalten kann.	1	2	3	4	5
10 Manchmal ist mein Problem schwierig, aber ich arbeite daran.	1	2	3	4	5

11	Eine psychologische Beratung ist eine ziemliche Zeitverschwendung für mich, weil das Problem nichts mit mir zu tun hat.	1	2	3	4	5
12	Ich hoffe, mir wird geholfen, mich selbst besser zu verstehen.	1	2	3	4	5
13	Ich vermute, ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste.	1	2	3	4	5
14	Ich arbeite wirklich hart daran, mich zu verändern.	1	2	3	4	5
15	Ich habe ein Problem, und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte.	1	2	3	4	5
16	Das was ich schon geändert habe, ist nicht so leicht beizubehalten, wie ich gehofft hatte, und ich suche eine psychologische Beratung, um einen Rückfall zu verhindern.	1	2	3	4	5
17	Auch wenn es mir nicht immer gelingt, mich zu verändern, so arbeite ich doch zumindest an meinem Problem.	1	2	3	4	5
18	Ich dachte, wenn ich mein Problem einmal gelöst habe, wäre ich es los, aber manchmal kämpfe ich immer noch damit.	1	2	3	4	5
19	Ich wünschte, ich hätte mehr Ideen, wie ich mein Problem lösen kann.	1	2	3	4	5
20	Ich habe schon angefangen, an meinem Problem zu arbeiten, aber ich hätte gerne Hilfe.	1	2	3	4	5
21	Vielleicht kann mir durch eine psychologische Beratung geholfen werden.	1	2	3	4	5
22	Vielleicht brauche ich jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe.	1	2	3	4	5
23	Es könnte sein, dass ich zu dem Problem etwas beigetragen habe, aber eigentlich glaube ich das nicht.	1	2	3	4	5
24	Ich hoffe, dass ein psychologischer Berater einen guten Rat für mich hat.	1	2	3	4	5
25	Jeder kann darüber reden, dass er sich verändern will; ich tue was dafür.	1	2	3	4	5
26	Dieses ganze Gerede über Psychologie ist langweilig. Die Leute sollten ihre Probleme einfach vergessen.	1	2	3	4	5
27	Ich suche eine psychologische Beratung, um einem Rückfall vorzubeugen.	1	2	3	4	5
28	Es ist frustrierend, aber ich fürchte, ein Problem, von dem ich dachte, dass ich es gelöst habe, könnte wieder auftauchen.	1	2	3	4	5

---

29	Jeder Mensch hat Sorgen, deshalb sollte ich meine Zeit nicht damit verbringen, darüber nachzudenken.	1	2	3	4	5
30	Ich arbeite aktiv an meinem Problem.	1	2	3	4	5
31	Ich würde lieber lernen, mit meinen Fehlern umzugehen, als den Versuch zu machen, sie zu verändern.	1	2	3	4	5
32	Nach allem, was ich unternommen habe, um mein Problem zu verändern, verfolgt es mich doch immer wieder.	1	2	3	4	5

---

## 9.6 Hautzufriedenheit (HautZuf)

Kreuzen sie an, welche Antwort für Sie am ehesten in Frage kommt, es stehen von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollkommen zu“ 5 Abstufungsmöglichkeiten zur Verfügung

### 1. Ich berühre mich gerne selbst

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

### 2. Körperliches wie Schweißgeruch stößt mich oft ab

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

### 3. Beim Betrachten schmutziger Dinge bekomme ich Gänsehaut

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

### 4. Ich schaue mich gerne im Spiegel an

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

### 5. Mich selbst zärtlich berühren tut mir gut

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

### 6. Im Arm meiner Eltern habe ich als Kind schnell Trost gefunden

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

7. Es gibt öfter Menschen, die ich sehr ungepflegt und abstoßend finde

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

8. Mich selbst zu berühren beruhigt mich

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

9. Ich betrachte gerne meinen Körper

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

10. Mich selbst zu streicheln, finde ich sehr angenehm

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

11. Meine Eltern haben oft mit mir geschmust

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

12. Für meine Eltern war Körperkontakt mit mir immer selbstverständlich

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

13. Eine zärtliche Berührung wirkt bei mir lange nach

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

14. Eine Eltern haben mich oft in den Arm genommen

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

15. Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

16. Es ist mir unangenehm, öffentliche Toiletten zu benutzen

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

17. Ein schmutziges Hotelzimmer reklamiere ich sofort

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

18. In peinlichen Situationen könnte ich im Boden versinken

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

19. Es kommt vor, dass ich am liebsten „ nicht in meiner Haut stecken“ möchte

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

20. Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meine/n Partner/in

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

21. Nähe und Geborgenheit sind für mich sehr wichtig

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

22. Nach einem Orgasmus liebe ich es, noch weiter zärtlich zu sein

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

23. In Krisenzeiten fühle ich mich hässlich

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

24. Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

25. Mit meinen Eltern habe ich als Kind viel gerangelt und herumgetobt

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

26. Meine Eltern waren körperlich eher zurückhaltend und haben mich nur selten berührt

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

27. Es ist mir unangenehm, wenn andere (z.B. mein/e Partner/in) mich nackt sehen

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- trifft vollkommen zu

28. Wenn mir etwas peinlich ist, werde ich schnell rot

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

29. Ich bin ein Mensch, der gar nicht zu viel Körperkontakt vom Partner bekommen kann

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

30. Bei einer zärtlichen Berührung durch meine/n Partner/in spüre ich häufig ein angenehmes Kribbeln in meiner Haut

- trifft gar nicht zu
- 
- 
- 
- trifft vollkommen zu

## 9.7 Sozialdaten

Bitte füllen Sie auch diesen Bogen vollständig aus

Alter \_\_\_

Geschlecht

- männlich  weiblich

Zusammenleben mit einem Partner/einer Partnerin  Ja  Nein

Familienstand

- verheiratet, mit Ehepartner/in zusammenlebend  geschieden  
 verheiratet, von Ehepartner/in getrennt lebend  verwitwet  
 ledig

Erwerbstätigkeit

- Vollzeit erwerbstätig  
 Teilzeit erwerbstätig (15 bis 34 Std.)  
 stundenweise erwerbstätig (weniger als 15 Std.)  
 Wehr-/Zivildienstleist.; Mutterschafts-/Erziehungsurlaub  
 kurzzeit arbeitslos/in Kurzarbeit  
 Rentner(in) / Pensionär(in), im Vorruhestand  
 nicht berufstätig (z.B. Hausfrau/-mann)  
 in Berufsausbildung (einschl. Fachschule für gewerbliche Berufe)  
 in Schulausbildung (einschl. Universität, Hochschule)

Ausgeübte Berufstätigkeit

- Noch nie berufstätig gewesen  
 Im höheren Dienst  
 Im gehobenen Dienst  
 Im Mittleren/Einfachen Dienst  
 Leitende Angestellte  
 Mittlere Angestellte  
 Ausführende Angestellte  
 Größere Selbständige  
 Mittlere Selbständige  
 Kleinere Selbständige  
 Freie Berufe (z.B. Ärzte, Anwälte)  
 Kleine Landwirte  
 Mittlere Landwirte  
 Große Landwirte  
 Facharbeiter/nicht selbst. Handwerker  
 Angelernte Arbeiter  
 Ungelernte Arbeiter  
 Beruf \_\_\_\_\_

Schulabschluss

- Ohne Haupt-/Volksschulabschluss  
 Haupt-/Volksschulabschluss (frühere 8-klassige Schule)  
 Mittlere Reife/Realschulabschluss  
 Abschluss der POS (10. Klasse)  
 FS-Abschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss)  
 Hochschulreife/Abitur ohne abgeschlossenes Studium  
 Abgeschlossenes Univ.-/Hoch- bzw. Fachhochschulstudium  
 Anderer Schulabschluss

Hauterkrankungen  Ja  Nein

Wenn Ja:

Welche? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Besteht wegen der Hauterkrankung ärztliche  
Behandlung?  Ja  Nein

## 10. Danksagung

Besonders herzlich Danken möchte ich Prof. Dr. med. Uwe Gieler für die Vermittlung des Themas und für die gute Betreuung während der gesamten Zeit der Erstellung der Arbeit. Es war nie ein Problem, Besprechungstermine und hilfreiche Anregung zu bekommen.

Außerdem gebührt Dank Herrn Dr. biol. hom. Dipl. Psych. Jörg Kupfer für die umfassende Unterstützung und Beratung hinsichtlich statistischer Fragen und seiner geduldigen Betreuung.

Vielen Dank auch an die Mitarbeiter der Psychosomatischen Poliklinik, der Dermatologischen Poliklinik und der kosmetischen Dermatologie. Insbesondere Frau Döll, Frau Dr. Müller und Frau Dr. Recker die mich bei der Patientenbefragung stets unterstützten.

Auch an Herrn Dr. Wagner aus der plastischen Chirurgie in Bad Nauheim ein herzliches Dankeschön für seine Mithilfe beim Austeilen und Einsammeln der Fragebögen.

Außerdem ein herzliches Dankeschön an alle Patienten für das Ausfüllen der Fragebögen.

Ich danke Frau Claudia Eipp für die Hilfe beim Eingeben der Zahlenkolonnen in die Eingabemaske und Korrektur, sowie meinen Eltern, meiner Schwester und meinen Freunden, die mich in der Zeit der Erstellung dieser Arbeit mental unterstützt haben.

## 12. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus- Liebig- Universität Giessen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Giessen, den 06.02.2010

Annette Katharina Wiedersich



*edition scientifique*

**VVB LAUFERSWEILER VERLAG**

VVB LAUFERSWEILER VERLAG  
STAUFENBERGRING 15  
D-35396 GIESSEN

Tel: 0641-5599888 Fax: -5599890  
redaktion@doktorverlag.de  
www.doktorverlag.de

ISBN: 978-3-8359-5634-6

